28

INFORME ESPAÑA 2021

CÁTEDRA
JOSÉ MARÍA MARTÍN
PATINO DE LA CULTURA
DEL ENCUENTRO

COMILLAS
CIHS

Servicio de Biblioteca. Universidad Pontificia Comillas de Madrid

INFORME España 2021 / Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro ; [coordinación y edición Agustín Blanco, Antonio Chueca, José Antonio López-Ruiz y Sebastián Mora]. -- Madrid : Universidad Pontificia Comillas, Cátedra J.M. Martín Patino,2021.

469 p.

En la portada: 28.

Es continuación de la colección CECS publicada por la Fundación Encuentro ISSN 1137-6228.

D.L. M 29285-2021. -- ISBN 978-84-8468-903-4

1. COVID-19. 2. Epidemias. 3. Aspectos políticos. 4. Aspectos sociales. 5. Medicina social. 6. Aspectos educativos. 7. Aspectos psicológicos. 8. Desigualdad social. 9. Pobreza. 10. España. I. Blanco Martín, Agustín, editor literario. II. Chueca, Antonio, editor literario. III. López-Ruiz, José Antonio, editor literario. IV. Mora Rosado, Sebastián (1966-), editor literario

Coordinación y edición: Agustín Blanco, Antonio Chueca,
José Antonio López-Ruiz y Sebastián Mora

Edita: Universidad Pontificia Comillas
Cátedra J. M. Martín Patino

ISBN: 978-84-8468-903-4
Depósito Legal: M-29285-2021

Imprenta Kadmos
Salamanca

Gracias a la Fundación Ramón Areces, la Cátedra José María Martín Patino de la Cultura del Encuentro elabora este informe. En él ofrecemos una interpretación global y comprensiva de la realidad social española, de las tendencias y procesos más relevantes y significativos del cambio.

El informe quiere contribuir a la formación de la autoconciencia colectiva, ser un punto de referencia para el debate público que ayude a compartir los principios básicos de los intereses generales.

ÍNDICE

PARTE PRIMERA: CONSIDERACIONES GENERALES PENSAR DESDE LA PANDEMIA

Sebastián Mora, José Antonio López-Ruiz y Agustín Blanco

Introducción 15
1. La condición humana interpelada 17
   1.1. La condición humana vulnerable 19
   1.2. ¿La emergencia de la comunidad? 21
   1.3. Marcos de guerra contra el virus 24
   1.4. La experiencia religiosa en tiempos pandémicos 25
2. La pandemia como crisis social en una sociedad de riesgos 30
   2.1. Los riesgos sociales y la pandemia 30
   2.2. Opinión pública y pandemia 32
   2.3. Economía, medio ambiente y pandemia: consideraciones sobre la in-sostenibilidad del sistema 38
   2.4. La clase social del siglo XXI 41
   2.5. Ser joven en el siglo XXI 42
3. La política en tiempos de pandemia 44
   3.1. La política como problema, no como solución 44
   3.2. Civismo y cultura política en tiempos de pandemia 48
   3.3. ¿Una oportunidad perdida, un anhelo frustrado? La cogobernanza 50
   3.4. La democracia, cuestionada 52
Bibliografía 56

PARTE SEGUNDA: TRAS LA PANDEMIA, ¿EL MUNDO DE AYER O EL MUNDO DE MAÑANA?

Chaime Marcuello

Introducción 63
1. El mundo de mañana 65
   1.1. Un camino recorrido 66
   1.2. El camino a explorar 69
2. Preguntar y anticipar 70
   2.1. Una estrategia 71
   2.2. Una muestra, como todas, limitada 74
3. Traza una distinción, dibuja un mapa 77
   3.1. El mapa no es el territorio 78
   3.2. La ruptura de las rutinas 81
4. Tendencias, perfiles y rumbos 84
   4.1. Tendencias 84
   4.2. Rumbos 89
5. Para responder 100
6. Capilarizar, cuidar y sembrar 108
Bibliografía 113

PARTE TERCERA: DESARROLLO E INTEGRACIÓN SOCIAL

Capítulo 1
LA ECONOMÍA ESPAÑOLA ANTE LA COVID-19: EFECTOS, RETOS Y SOLUCIONES

Mª Yolanda Fernández Jurado, Antonio Javier Ramos Llanos y Nieves García Santos

Introducción 123
1. Contexto macroeconómico 123
   1.1. Evolución del Producto Interior Bruto 127
   1.2. Sector Público 132
2. Problemas sin resolver agravados por la crisis 135
   2.1. Sistema productivo muy sensible a situaciones de crisis 136
   2.2. Un mercado de trabajo en transformación 141
   2.3. Aumento de la pobreza y sus efectos económicos 154
3. Soluciones a corto plazo y retos 159
   3.1. Soluciones a corto plazo: ayudas europeas, política fiscal y política monetaria 159
   3.2. Retos. Necesidad de una visión a medio plazo 174
4. Conclusiones 176
Bibliografía 179
Anexo 182

Capítulo 2
ABANDONO EDUCATIVO, BIENESTAR EMOCIONAL Y PANDEMIA

Jorge Sainz, Ismael Sanz y Luis Miguel Doncel

Introducción 187
1. Dónde estamos 188
2. Causas 193
3. Coste 198
4. Propuestas 200
5. Abandono, pandemia y bienestar 206
   5.1. El efecto de la pandemia y el cierre de los centros en el bienestar emocional de los alumnos 208
   5.2. Iniciativas en el ámbito de la escuela para apoyar el bienestar de los alumnos 212
   5.3. El impacto de la pandemia y el cierre de los centros en el bienestar emocional de la comunidad educativa en España 213
6. Conclusiones 221
Bibliografía 225

Capítulo 3
EL AÑO QUE VIVIMOS PELIGROSAMENTE: IMPACTO DE LA COVID-19 EN SANIDAD

Salvador Peiró Moreno, Juan Ernesto del Llano Señarís y Alicia del Llano Núñez-Cortés

1. Aproximación a las pandemias y sus efectos 233
   1.1. De Wuhan (China) a España 233
   1.2. Las pandemias que vinieron 235
   1.3. Las pandemias que vendrán 238
2. COVID-19: la carga de la enfermedad en España y sus comunidades autónomas 240
   2.1. Ondas epidémicas y datos acumulados en España 241
   2.2. Una desigual incidencia por territorios 247
   2.3. La primera onda: entre el confinamiento general y la trinchera sanitaria 250
   2.4. Desescalada, nueva normalidad y segunda onda 252
   2.5. La tercera onda y el inicio del proceso de vacunación 254
   2.6. Algunos problemas de la respuesta. La salida 257
3. La respuesta del sistema sanitario a la pandemia 258
   3.1. Lo macro: de lo general a lo particular 259
   3.2. Lo meso: las fortalezas y debilidades de las instituciones en el afrontamiento de la pandemia 261
   3.3. Lo micro: la respuesta profesional 264
4. Lecciones aprendidas y estrategias de futuro para la sanidad en España ... 265
   4.1. Lecciones aprendidas 265
   4.2. Una estrategia para fortalecer la sanidad en España 267

Bibliografía 272

Capítulo 4
LA DESIGUALDAD Y LA POBREZA EN TIEMPOS DE LA COVID-19

José Antonio López-Ruiz y Pedro José Cabrera Cabrera

1. Desigualdad, pobreza y exclusión social 277
   1.1. El impacto a nivel mundial 279
   1.2. Su impacto en Europa y España 283
   1.3. Pobreza y exclusión en la pandemia desde la perspectiva del empleo 292
2. Las personas atendidas en programas de Cáritas y Cruz Roja Española durante la pandemia 301
   2.1. Análisis del impacto de la COVID-19 desde el Observatorio de la Realidad Social (Cáritas) y la Fundación FOESSA 302
   2.2. Las personas atendidas desde el Plan Cruz Roja RESPONDE ante la COVID-19 310
   2.3. El género como elemento diferencial en el impacto de la COVID-19 en la pobreza 317

3. Consecuencias económicas de la pandemia a través de la evolución de la opinión pública 318
4. Consideraciones finales: hacia la sociedad post-COVID-19..... 326
Coda: ¿un accidente o un nuevo escenario (por construir)? 329
Bibliografía..... 332

Capítulo 5
EL FUTURO DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN ANTE LA CRISIS DE LA COVID-19

Mayte Sancho Castiello y Teresa Martínez Rodríguez

Introducción..... 337
1. Evolución de la atención a las personas mayores en España..... 338
1.1. De dónde venimos. Claves de la evolución..... 338
1.2. Cuando las personas mayores necesitan ayuda. Dependencia y vejez 344
1.3. La respuesta a las situaciones de dependencia..... 346
2. Impacto de la COVID-19..... 354
2.1. La incertidumbre de los datos estadísticos 355
2.2. Impacto multidimensional de la COVID-19..... 358
3. La necesidad de un modelo rector de la calidad de la atención. Algunos componentes que hay que tener en cuenta..... 364
3.1. El necesario punto de partida. La visión de las personas que reciben cuidados y los valores rectores del mismo 365
4. Nuevos paradigmas y necesidades en la atención domiciliaria y en el modelo residencial 375
4.1. Vivir en casa y en conexión con la comunidad. Elementos clave 375
4.2. Cuando se necesitan cuidados y no es posible vivir en el propio hogar. Del cuidado residencial al paradigma *housing* 380
5. Conclusiones y claves para avanzar 393
Bibliografía 397

PARTE CUARTA: REDES Y TERRITORIO

Capítulo 6
EL SISTEMA AUTONÓMICO Y LA CRISIS SANITARIA CAUSADA POR LA COVID-19

José María Pérez Medina

Introducción..... 409
1. El papel del Estado y el liderazgo del Gobierno..... 412
1.1. La estrategia y las dificultades del Gobierno para la protección de la salud pública 412
1.2. La recuperación del papel protector del Estado 416
2. Las medidas adoptadas por el Gobierno y sus efectos sobre las competencias autonómicas 419
2.1. El primer estado de alarma..... 421
2.2. La nueva normalidad y la coordinación de medidas sanitarias autonómicas..... 426

2.3. El segundo estado de alarma 428
2.4. La experiencia de otros Estados europeos 434
3. La coordinación sanitaria por parte del Estado: objeto y límites 437
3.1. Las competencias del Estado para coordinar actividades autonómicas..... 437
3.2. Estructuras y medios administrativos para la coordinación 440
4. La participación de las comunidades autónomas en la gobernanza de la crisis sanitaria 442
4.1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Naturaleza y funcionamiento 442
4.2. La gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Los acuerdos del Consejo Interterritorial y su obligatoriedad..... 445
4.3. Acuerdos técnicos y decisiones políticas en la gestión de la crisis ... 448
4.4. La Conferencia de Presidentes y las Conferencias Sectoriales 452
4.5. El papel del Senado en la gestión de la crisis sanitaria..... 457
5. Conclusiones..... 459
5.1. La validación del modelo autonómico 459
5.2. El equilibrio de poderes: la presión parlamentaria y la debilidad del Gobierno..... 461
5.3. La gobernanza de la crisis. Coordinación y cooperación..... 462
5.4. La insuficiencia de la Conferencia de Presidentes..... 464
5.5. La interpretación de la crisis desde el paradigma autonómico 465
Bibliografía..... 468

Capítulo 6
EL SISTEMA AUTONÓMICO Y LA CRISIS SANITARIA CAUSADA POR LA COVID-19

José María Pérez Medina
Ex Director General de Cooperación Autonómica y Local

Introducción

La crisis sanitaria causada por la difusión e impacto del virus de la COVID-19 ha originado una situación excepcional en la historia social española de los últimos decenios, que ha afectado de manera hasta ahora desconocida a la vida y actitudes de los ciudadanos y al comportamiento social e institucional de todo el país.

Atendiendo al interés del investigador social de buscar antecedentes y parámetros que puedan ser de utilidad como elementos de comparación, lo característico de este caso es que se trata de un episodio absolutamente nuevo, insólito y carente de cualquier precedente válido. Por eso en países europeos solo se ha encontrado una situación comparable en los sacrificios exigidos a la población durante los grandes conflictos bélicos del siglo XX.

A falta de referentes anteriores, la crisis sanitaria actual se desarrolla en un contexto peculiar, con determinadas características que marcan la complejidad de su gestión y señalan un camino de incertidumbres. Lo que se ha venido llamando la gobernanza de lo impredecible (Rivero, 2020).

En primer lugar, la crisis se ha prolongado mucho más de lo imaginable. La sucesión de medidas tomadas lo pone de relieve: el 14 de marzo de 2020 se decretó un primer estado de alarma válido para un periodo de quince días. Posteriormente fue prorrogado seis veces, hasta completar un periodo de tres meses de duración, que finalizó el 21 de junio. Y tras el segundo estado de alarma, decretado el 25 de octubre, esta situación se prorrogó hasta el 9 de mayo de 2021. Con ello, en los momentos en que se escriben estas líneas, la crisis ha superado ampliamente el año de duración, y nadie puede asegurar que no continúen sus efectos, y el autocontrol social que lleva aparejado, más allá de la nueva fecha de referencia.

Por ello, no es extraño que la expresión "nueva normalidad"[1] se haya esgrimido como propia de una nueva etapa en la que la actividad económica, las relaciones sociales, los desplazamientos de los ciudadanos o el ejercicio de sus derechos conozcan cambios insospechados hasta ahora. Y

[1] Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio.

se mantenga la duda de si estos cambios van a consolidarse como un nuevo marco para los hábitos colectivos, o si en algún momento próximo se recuperará la forma de vida que hemos conocido durante décadas.

En segundo lugar, la naturaleza y las exigencias de la pandemia, y la forma como la abordamos, ha experimentado y sigue conociendo cambios constantes que han obligado a adaptar las medidas tomadas. La crisis de la COVID-19 no responde a una foto fija ni permanente. Va desplazándose en el escenario de las preocupaciones sociales, resaltando en uno u otro momento un componente diferente según la nueva información que llega sobre el virus, su forma de transmisión, la adecuación de las medidas, el tratamiento de los enfermos, el suministro de las vacunas, sus devastadores efectos en la actividad laboral y económica, o incluso sus efectos psicológicos y emocionales en individuos y grupos sociales. Esta volatilidad se corresponde con las diferentes fases en la gobernanza de la crisis (García, Cárdenas y Barbeito, 2020).

En tercer lugar, la gestión de la crisis requiere un nivel suficiente de aceptación social y cumplimiento efectivo de las medidas adoptadas por parte de los destinatarios. Puede decirse que requieren una complicidad social hasta ahora solo pedida por los gobernantes en momentos de extrema gravedad. Y aunque en un primer momento su aceptación fue muy elevada, este consenso social se ve erosionado conforme pasan los meses y toma cuerpo la preocupación por los efectos que tiene en la actividad económica y el empleo. Si en abril de 2020 el 97,3% de los encuestados creía que las medidas tomadas eran necesarias o muy necesarias[2], en junio de 2020 la preocupación por los efectos económicos ya compite con la preocupación por la salud, y la conformidad con las medidas había descendido hasta el 86,9%[3].

Las crecientes críticas a la gestión se dirigen sobre todo al Gobierno central, y menos a los Gobiernos autonómicos, municipales y de la Unión Europea[4]. Igualmente, la crisis mejora la percepción de las Administraciones más cercanas al ciudadano, municipal y autonómica, ambas claramente por encima de la estatal y de la comunitaria europea. Aparte de por motivos de proximidad, también se valora mejor el papel de las fuerzas de orden público: Guardia Civil y Policía Nacional, policías locales y policías autonómicas, así como el Ejército. En suma, se aprecia mayor confianza en los medios que velan por la seguridad en un momento de incertidumbres.

Aún cabe una cuarta circunstancia que afecta a la gestión de la crisis. Las opiniones de los actores políticos se ven desbordadas por la extrema volatilidad de la situación y cuesta reconocer posiciones claras de cada grupo

---

[2] CIS. Estudio 3279. Barómetro de Abril de 2020.
[3] CIS. Estudio 3283. Barómetro Especial de Junio de 2020.
[4] CIS. Estudio 3298. Efectos y Consecuencia del Coronavirus. Octubre de 2020.

político. Esto, unido al deseo de desmarcarse de la gestión gubernamental y atender las responsabilidades en los Gobiernos autonómicos, perfila unas posiciones ambiguas, escurridizas y confusas.

En último lugar, tanto los Gobiernos como los partidos políticos han estado sometidos a dudas y presiones, que los han llevado a modular su discurso ante interlocutores diferentes, ciudadanos y profesionales de la salud, pero también agentes económicos que cada día más alto expresan su preocupación ante el futuro de su actividad. Esta dualidad de valores a proteger, la salud y la actividad económica, fuertemente entrelazados en una relación causa-efecto, se configura como el fundamento y eje de las medidas que se toman, siendo inevitable la sensación de que uno u otro ha merecido mayor atención para los gobernantes.

En este ambiente, las dudas de los ciudadanos se suscitan en varios ámbitos: la idoneidad del marco regulador, la suficiencia o exceso de las medidas, la conveniencia sobre la dirección del Gobierno o de las comunidades autónomas, la efectividad y capacidad del Gobierno, la coordinación territorial, el enfrentamiento entre partidos políticos, y, sobre todo, el conflicto entre intereses económicos y sanitarios. Por todo ello, se oyen matices diferentes sobre cuáles han de ser las prioridades de los Gobiernos en esta situación, lo que genera respuestas diferentes en una u otra comunidad autónoma.

En un marco tan cambiante, la perplejidad de los ciudadanos es comprensible. Primero, asumen disciplinadamente unas medidas muy constrictoras y luego se extrañan ante la diversidad de normas que se suceden en el tiempo y que se yuxtaponen con las de otros territorios. Finalmente, esto conduce al desconocimiento y a la duda sobre la norma aplicable en cada momento y lugar. Es decir, a una sensación de desorden y desgobierno.

Incluso, esta inestabilidad y confusión son comprendidas por el propio Tribunal Constitucional, que reconoce que la situación responde a una "incertidumbre tan acentuada y difícil de calibrar desde parámetros jurídicos"[5].

Por todo ello, la respuesta política y administrativa a la crisis nunca podrá resultar convincente para todos. Es más, pocas acciones de gobierno en España en los últimos años han sido escudriñadas con tanta atención a la búsqueda de causas o consecuencias que pudieran desprestigiarlas.

Una parte de la opinión pública culpa al modelo territorial de la complejidad de la situación. Aunque cualquier análisis sosegado descarta que las críticas a la gestión deriven solo o principalmente de la organización territorial. Ni siquiera ha sido el componente más relevante al valorar los

[5] Auto del Tribunal Constitucional, de 30 de abril de 2020. FJ 4

riesgos y su tratamiento. Y, además, estas dudas y discrepancias son compartidas en otros países, sea cual sea su modelo territorial.

Sí que creemos que la valoración de la gestión de la crisis se ha dirigido más al funcionamiento general de las instituciones públicas y los medios administrativos y, sobre todo, a la eficacia general administrativa. De hecho, la crisis se ha convertido en un examen sobre el sistema político, e incluso económico, y ha brindado una oportunidad para valorar su funcionamiento efectivo, incluyendo la influencia de los hábitos y creencias de la cultura política española. Es decir, algo que va más allá del elemento territorial.

En todo caso, en estas reflexiones se tratarán cuatro aspectos del modelo autonómico sobre los que incide la crisis sanitaria: la responsabilidad para la adopción de medidas, su contenido, la coordinación sanitaria y los mecanismos de gobernanza entre los diferentes niveles.

Como primera apreciación, la gestión de la crisis ha permitido comprobar la imposibilidad práctica de que la Administración del Estado gestione en exclusiva este momento, como se apuntó en su comienzo. Pero también la imposibilidad de que las comunidades autónomas gestionen sus propias crisis, creando fronteras internas, con métodos propios y desconectados del resto del país. Por todo ello, la crisis supone un reto para todos: arbitrar un sistema en el que las competencias, medios e intereses de cada nivel administrativo se incorporen de forma coherente en un sistema integrado, y con un compromiso de lealtad compartida para alcanzar un objetivo común.

1. El papel del Estado y el liderazgo del Gobierno

1.1. La estrategia y las dificultades del Gobierno para la protección de la salud pública

Las circunstancias descritas anuncian una exigencia compartida para todos. Es un reto que comparten la sociedad y los ciudadanos con el Gobierno y el aparato administrativo. En esta situación, y obligado por la urgencia y gravedad del momento, el poder político recurre a todos los instrumentos y recursos disponibles, incluyendo el estado de alarma y la elusión temporal de la organización autonómica del Estado.

Y el uso de este poder por el Gobierno supone, indirectamente, delimitar una nueva forma de relacionarse con sus ciudadanos, planteando una curiosa paradoja. Si la historia política normalmente se ha desarrollado entre una aspiración ciudadana para acceder a más derechos y una resistencia de los Gobiernos, ahora se dibuja una nueva situación: el ciudadano

es el sujeto activo que puede transmitir la enfermedad, pero también es el sujeto pasivo al que hay que proteger. Las medidas del Gobierno denotan cierta desconfianza hacia una parte de sus ciudadanos, pero esto no elimina su obligación de velar por todos. Aparece así una compleja relación en la que unos reprochan al Gobierno "haber trasladado su responsabilidad" a sus ciudadanos, mientras que aquel apela a los "ciudadanos responsables".

Con esta paradoja, la crisis ha supuesto una revalorización de la dimensión comunitaria y de los vínculos que unen a los habitantes de un municipio, región o Estado. En un momento de éxito de las opciones que cada individuo toma en su propio beneficio, la aceptación de que la solución al problema será conjunta supone recuperar las pautas de un comportamiento colectivo que en los últimos años había sido postergado.

Asumida la respuesta colectiva al problema, la lógica requiere de un aparato técnico capaz de responder a las expectativas de la sociedad. Y esto implica poner a prueba la solvencia administrativa.

En un primer momento, se abre el debate sobre la suficiencia de medios, y se recupera el debate sobre la reducción del gasto sanitario en el periodo 2012-2014, la congelación de los efectivos, la insuficiencia en la adquisición y reposición de equipamientos, las bajas retribuciones de los médicos, el elevado índice de contratación temporal o la emigración del personal[6]. Es decir, se buscan explicaciones a la insuficiencia asistencial en un momento en que la sociedad espera un esfuerzo extraordinario y cuando la opinión pública mantenía una generalizada creencia en la calidad del sistema.

En paralelo, los expertos y técnicos analizan datos y proponen medidas que los gobernantes llevan a la práctica. El poder político tiene que olvidar su capacidad para actuar discrecionalmente. Muy al contrario, ahora ha de adoptar medidas en un escenario desconocido, y de cierta debilidad. Son decisiones obligadas, políticamente precarias, orientadas por la experiencia y el criterio de sus técnicos, y sin que quepan valoraciones de oportunidad. Las que los análisis epidemiológicos consideran necesarias y los expertos proponen.

---

[6] El gasto sanitario medio por habitante de las comunidades autónomas presupuestado en 2011 era de 1.203,85€. En 2016 descendió a 1.132,57€. En 2016 se recuperó hasta 1.205,40€. En 2018 se elevó a 1.290,32€ por habitante. En cantidades absolutas, en 2014 el total del gasto sanitario presupuestado había descendido un 6,85% respecto de 2011, lo que supone un total de 3.890 millones de euros menos. Son necesarios cinco años para que en 2016 se recupere el nivel de gasto de 2011. Igualmente, el número de empleados públicos autonómicos que prestan servicio en los servicios de salud era en 2011 de 501.186, que se redujeron en 2014 hasta 477.337 y en 2016, 489.302. El total de estos efectivos se recupera en 2018, cuando alcanza la cifra de 513.377.

Además, por su carácter técnico, son decisiones que escapan a la comprensión ciudadana. Tampoco en el Congreso pueden ser cuestionadas con nuevos argumentos, y el control político choca con opiniones aparentemente incuestionables, pues, en última instancia, las críticas son neutralizadas por el criterio científico de los expertos. Ni los ciudadanos ni los medios informativos pueden contrastarlas con criterios alternativos. Por ello, el Dictamen final de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica, de 3 de julio de 2020, tampoco aporta criterios nuevos sobre el fondo de las medidas.

Esta peculiaridad es conocida por la opinión pública, que reorienta su interés hacia las opiniones de expertos, que pronto merecen incluso más atención que el propio Gobierno. Este interés se ejemplariza en la petición sobre la composición de la Comisión de Expertos, que, tras la negativa inicial del Gobierno, culminó con la Resolución del Consejo para la Transparencia en la que se concedió un plazo de diez días al Ministerio de Sanidad para revelar su composición[7].

La precariedad decisora es aún mayor desde el momento en que las certezas científicas no han sido plenas y no siempre han ofrecido argumentos inamovibles. Con frecuencia se han incorporado nuevas aportaciones que han obligado a modular las medidas o a orientar el foco en otra dirección, cambios que han tenido que ser asumidos por políticos y administradores, obligados a una adaptación permanente conforme se iba disponiendo de más información.

Como segunda reflexión, la situación estratégica del Gobierno es aún más precaria desde el momento en que el éxito de sus decisiones no depende únicamente del acierto de los técnicos o de su determinación en las medidas coercitivas que toma sino, sobre todo, de la colaboración ciudadana para ajustar su comportamiento a las indicaciones. Su desatención automáticamente quebraría las medidas y dejaría al Gobierno sin más opción que imponerlas con la ayuda de las herramientas más extremas, incluido el uso de su fuerza coactiva. Para evitarlo, la comunicación de los expertos y de los responsables políticos ha desempeñado un papel especial, valorándose su capacidad pedagógica para trasladar a la población las pautas de comportamiento debidas. Esta situación es un caso inusual en la práctica política.

Se pide y requiere del concurso de los ciudadanos, pero esto no obsta para que unas veces se asista a episodios de rechazo social, que se han justificado desde la defensa de la libertad individual o la preocupación por la pérdida del medio de vida de muchas personas, pero que cuestionan en el fondo el componente técnico de las decisiones.

---

[7] Resolución 584/2020, de 30 de noviembre de 2020.

En otros casos, y sobre todo conforme van transcurriendo los meses, se van haciendo patentes las dudas de los ciudadanos ante las actuaciones de las autoridades. Bien porque detectan las dudas científicas, por la ausencia de datos claros, por las dificultades para asumir la existencia de fronteras internas o por la diversidad de medidas tomadas por cada comunidad, lo cierto es que con frecuencia se aprecia un cierto escepticismo por no disponer de plena información sobre lo que está ocurriendo. Esta percepción se convierte en duda y desasosiego con el proceso de vacunación, cuando se sospecha que los logros de la vacuna anunciada y proporcionada por el Gobierno no pueden asegurar plenamente las esperadas certezas.

Un tercer elemento complica aún más la posición del Gobierno. Es la influencia de la situación de otros países, aquejados del mismo problema e incertidumbres. Es gráfico que el Ministerio de Sanidad aporte datos diarios sobre la COVID-19 también en los principales países y que otorgue plena validez a las opiniones de la Organización Mundial de la Salud, y ello a pesar de su evidente fracaso en la gobernanza planetaria de la crisis. Se ha sostenido que la epidemia no entiende de fronteras, pero por eso mismo da lugar a un debate transnacional y a un escrutinio sistemático de las actuaciones de los gobernantes, expuestos a análisis comparativos de medidas y resultados obtenidos en otros Estados.

El efecto de la globalización de la pandemia es la globalización de las medidas de respuesta. Las medidas adoptadas por todos los Gobiernos alcanzan rápidamente una difusión mundial, orientan decisiones y hacen inviables las medidas propias por separado en uno u otro Estado.

El problema del virus es compartido en el ámbito de la Unión Europea, y ha dado lugar a la denominada Hoja de Ruta Común Europea para el Levantamiento de las Medidas de Contención de la COVID-19, de 14 de abril de 2020[8]. Y, en especial, es objeto de tratamiento por parte del Consejo de Ministros de Sanidad de la Unión Europea, sobre todo por el proceso de adquisición de vacunas, lo que al final no resulta suficiente para evitar que cada Estado anteponga sus prioridades e, incluso, imponga los controles que considera necesarios.

El éxito de las medidas es crucial para el Estado, que se asegura su cumplimiento previendo sin complejos el posible recurso al uso de la fuerza. Una situación desconocida en los Estados democráticos de Europa Occidental y que en España se ha aplicado con intensidad[9], y eso a pesar de

---

[8] https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/joint_eu_roadmap_lifting_covid19_containment_measures_es.pdf

[9] Apenas dos meses después de su declaración, el Ministerio del Interior informaba de más de 8.400 detenidos y de más de 1.013.000 propuestas de sanción impuestas. Las policías locales habían sido las más activas, con 369.597 denuncias, la Guardia Civil, con 290.672, la Policía Nacional, con 268.567, los Mossos d´Esquadra, con 69.168 y la Ertzaintza, con 12.214.

la falta de un cuadro sancionador propio, por lo que ha tenido que recurrir a la controvertida Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana.

Además, el éxito de las medidas requiere especialmente de su cumplimiento por las comunidades autónomas, en su condición de autoridad sanitaria y responsables de la gestión asistencial. Esto requiere una coincidencia y acuerdo de ambas partes, algo que tiene su lógica complejidad, que la opinión pública percibe y que alimenta la valoración crítica que del modelo autonómico tiene una parte de la población.

Sobre todo en los primeros momentos de la crisis, el sistema autonómico es visto como una rémora para afrontar el problema, y aunque esta opinión va diluyéndose, permanece en algunas dosis, hasta el punto de que el 70% de las respuestas obtenidas en un estudio demoscópico llegaran a atribuir el incremento de los contagios a la descoordinación entre el Gobierno y las comunidades autónomas[10].

En todo caso, la desorientación inicial y la complejidad en la gestión no han sido exclusivas de España ni de otros países descentralizados, y las críticas oídas no difieren de las conocidas en otros Estados, incluidos los de organización centralizada. Ahora bien, es indudable que la diversidad de medidas autonómicas a partir del mes de junio de 2020 ha debilitado su conocimiento y aceptación, al no ser iguales ni generales en todo el territorio español, e incluso por dejar al descubierto algunas incoherencias o contradicciones difíciles de comprender por los ciudadanos.

1.2. La recuperación del papel protector del Estado

La crisis sanitaria causada por la COVID-19 ha dado lugar a la adopción de medidas que indudablemente limitan la libertad y los derechos básicos de los ciudadanos. En especial, la libertad de circulación, las limitaciones del número de participantes en reuniones, las limitaciones para la apertura y cierre de establecimientos comerciales, así como educativos, culturales o deportivos.

Ahora bien, también ha puesto de relieve el papel protector del Estado, pues con su gestión el Estado actualiza sus deberes, tutelando la vida diaria de los ciudadanos, vigilando y sancionando la conducta de aquellos individuos que con su actitud puedan poner en juego la salud colectiva. Por esta vía, la crisis ha permitido actualizar la agenda sobre los fines del Estado y la forma de usar su poder, y reabrir el viejo debate sobre el alcance y la limitación de los derechos individuales sacrificados ante el interés común.

---

[10] Sondeo realizado por Sigma Dos, con resultados publicados en el diario *El Mundo* (28 de octubre de 2020).

En los últimos años el Estado se ha ido despojando de muchas de sus atribuciones originarias en aras de un cada vez más influyente liberalismo, que abrió nuevas vías a la intervención privada al ampliar los servicios susceptibles de prestarse en condiciones de mercado. En este escenario, se abogó con toda claridad por la reducción del aparato estatal hasta lo imprescindible.

Pero la crisis ha obligado a revisar este pensamiento para fortalecer los medios y capacidades del Estado. La propia identificación de los ministros que tuvieron la condición de autoridad competente para la gestión del primer estado de alarma se corresponde con la médula de su poder: los derechos de los ciudadanos, los transportes y el uso de la fuerza pública.

La seguridad colectiva, como en sus orígenes, vuelve a ser el motivo central que legitima el poder del Estado. Y en este escenario el Gobierno reaparece con toda su autoridad para velar por la salud pública de sus ciudadanos y para interponerse como un agente regulador de las relaciones entre estos. Coherentemente, es significativo el escaso papel desempeñado por la seguridad privada en la crisis de la COVID-19, así como la limitada participación de la sanidad privada en el dispositivo asistencial.

Acostumbrados ya al retraimiento estatal, el recuperado papel del Estado puede resultar extraño e incluso ser rechazado virulentamente por los más convencidos defensores de la libertad individual, pero los estudios de opinión realizados ponen de relieve una elevada aceptación ciudadana, y ello a pesar de unas medidas que limitan sus derechos más elementales[11]. Es más, a pesar de las posiciones y demostraciones públicas contrarias, pocas veces unas medidas tan restrictivas han sido menos cuestionadas.

Así visto, la pandemia proporciona un argumento para la renovación del pacto social, de la relación que vincula ciudadanos y gobernantes. A los gobernantes se les reclama eficacia, pero también en ellos se deposita la confianza ciudadana. Los ciudadanos se muestran dispuestos a creer y confiar en el poder y en sus instrumentos para resolver un problema de esta envergadura, y en una renovada relación de confianza el Estado recupera la base teleológica que justifica su existencia.

Sin embargo, en España esta conclusión presenta características singulares. Comparada con lo ocurrido en otros Estados, la peculiaridad española es cómo el debate sobre la pandemia se ha trasladado al debate Gobierno-oposición, y la gestión de la crisis se ha convertido en un elemento

[11] Los datos del Estudio del CIS nº 3279, correspondiente al Barómetro Especial de Abril de 2020, indican que son una clara mayoría los encuestados que creen que las medidas tomadas eran muy necesarias (72,6%) o necesarias (24,7%), además de ser mayoría los encuestados que están de acuerdo en no permitir salir de los hogares (57,7%). La dureza de las medidas no erosiona esta creencia y, un mes después, en el Estudio nº 3281 correspondiente al Barómetro de Mayo de 2020, se mantienen niveles similares de aceptación.

más de las discrepancias políticas, con posiciones a menudo demasiado ásperas y enfrentadas.

Esto se ha evidenciado en cada ocasión en que se ha debatido en el Congreso de los Diputados una nueva prórroga del estado de alarma, cuando se han vislumbrado las condiciones de los grupos parlamentarios para facilitar su prórroga. Y estas condiciones han influido, puede que decisivamente, en los cambios en la gobernanza de la COVID-19.

Junto a las limitaciones de la libertad ciudadana, y no menos importantes, el Gobierno toma también iniciativas de contenido social o económico con el fin de compensar o neutralizar los efectos de las medidas del estado de alarma, que, en la práctica, impone una severa ralentización de la actividad económica del país, con la correspondiente pérdida de renta, empleo y bienestar.

Estas medidas se relacionan con la denominada "socialización del riesgo" y con el debate sobre la posible responsabilidad objetiva del Estado (Domenech, 2020), y tienen un efecto automático en el orden interno, pues legitiman la actuación del Estado y trasladan una imagen de acompañamiento y atención que va más allá de la urgencia sanitaria. Son adoptadas en solitario, sin participación ni comunicación previa a las comunidades autónomas, y son similares a las adoptadas por otros Gobiernos. Además, en el caso español encajan oportunamente en el programa de gobierno y en las posiciones ideológicas de los partidos que sustentan el Gobierno de coalición, que se encuentra cómodo al tomar unas decisiones que inevitablemente incrementan el gasto público, pero que coinciden en buena medida con su visión del Estado redistribuidor.

Ya incluso antes del estado de alarma, se aprobó el Real Decreto Ley 7/2020, de 12 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes para responder al impacto económico de la COVID-19. Y hasta el 31 de diciembre, se aprueban hasta 24 reales decretos leyes, así como otras disposiciones reglamentarias, con una finalidad que aborda diferentes temas: protección por desempleo, uso de los Expedientes de Regulación Temporal de Empleo (ERTE), medidas para la financiación empresarial, medidas de apoyo directo a la actividad empresarial, al trabajo autónomo, regulación del Ingreso Mínimo Vital, medidas para garantizar el suministro de agua, luz e incluso servicios de telecomunicaciones, para evitar los desahucios, regulación del teletrabajo o medidas de orden fiscal o relacionadas con el pago de cuotas sociales.

Tales medidas son escasamente cuestionadas por la oposición parlamentaria, posiblemente por cautela para evitar que sus críticas sean consideradas como inoportunas o insolidarias, y los reales decretos leyes son convalidados con suficiente claridad e incluso es frecuente que los dos

principales partidos coincidan en votar a favor[12]. Es así como su convalidación se convierte en otra pieza de fortalecimiento del papel del Ejecutivo.

Por su parte, las comunidades autónomas también han adoptado medidas propias de apoyo a la actividad económica, financiadas con fondos propios, pero echándose en falta un mayor esfuerzo de coordinación del Gobierno que evitara las diferencias excesivas entre comunidades autónomas que han revelado diversos estudios[13].

Más problemática ha resultado la intervención del Poder Judicial, con decisiones muy heterogéneas de los diferentes Tribunales Superiores de Justicia a la hora de analizar la legalidad de las medidas autonómicas, llegando incluso a cuestionar las medidas adoptadas a propuesta de expertos de salud pública[14].

2. Las medidas adoptadas por el Gobierno y sus efectos sobre las competencias autonómicas

La reacción del Estado ante la pandemia de la COVID-19 que más impacto causó fue la declaración del estado de alarma. Su contenido y los efectos en la vida ordinaria de los ciudadanos desde marzo de 2020 dejaron una profunda huella en el recuerdo y en el ánimo colectivo.

Para detener la difusión del virus, todos los Estados europeos se enfrentaron a la búsqueda de instrumentos que les aseguraran una base legal de las medidas que se consideraban necesarias, y que chocan frontalmente con la cultura jurídica democrático-liberal. Para ello, se amparan en sus leyes vigentes, siempre guiados por minimizar el riesgo de conflictos jurisdiccionales y alcanzar la eficacia necesaria para atender una situación tan especial, que supone una seria limitación de los derechos individuales y colectivos.

En general, cada ordenamiento disponía de alguna ley que podía fundamentar las medidas tomadas y que normalmente es una legislación concebida desde las necesidades sanitarias. También en España se disponía de una normativa sanitaria: la Ley General de Sanidad y la Ley General de Salud Pública.

---

[12] Solamente un real decreto ley es rechazado por el Congreso, el Real Decreto 27/2020, sobre el superávit de los Ayuntamientos. El Real Decreto Ley 11/2020, que contienen diferentes medidas (entre otras, la prohibición de desahucios o de cortes de suministros básicos) es convalidado, pero con más abstenciones que votos a favor. El Real Decreto Ley 16/2020, sobre medidas en la Administración de Justicia, es convalidado con apenas 17 votos de diferencia.

[13] *La Vanguardia* (22 de noviembre de 2020).

[14] Por ejemplo, el Auto del TSJ del País Vasco, de 9 de febrero de 2021, por el que se dictan medidas cautelares y se desautoriza el cierre de locales de hostelería y restauración decretado por el Gobierno Vasco.

Sin embargo, en el caso español, en los primeros y más agudos momentos de la crisis, el Gobierno optó por la vía de la excepcionalidad y recurrió al estado de alarma. Fue una decisión de gran relevancia política, sobre todo porque suponía tratar la situación y las medidas para controlar la crisis con instrumentos generales, y considerar que las previsiones sanitarias eran insuficientes para una situación que va más allá del problema sanitario.

Una opción política así también tiene una relevancia jurídica, pues en torno al uso del estado de alarma se ha desarrollado un amplio debate, sobre todo por lo que supone de limitación de los derechos fundamentales, pero también por lo que supone de alteración del orden constitucional y de las responsabilidades de los diferentes niveles de gobierno.

Por todo ello, Velasco Caballero (2020) piensa que el estado de alarma no sería la única respuesta que da nuestro ordenamiento ante una transmisión "no individualizable" de la COVID-19 que exija el confinamiento general de la población, y concluye que el estado de alarma sería una respuesta alternativa a las medidas individuales o generales que se pueden adoptar con las normas sanitarias ordinarias.

En el mismo sentido, Nogueira López (2020: 27) cree que el valor añadido del estado de alarma sería el alcance nacional de las medidas que se toman, lo que no sería posible si las medidas tomadas fueran solo las previstas en la legislación sanitaria.

Y esta es una línea justificativa que abre la vía a un Derecho de necesidad, que identifica Álvarez García como aquel que "modifica, como regla general, las reglas normales de reparto de competencias, procediéndose en los casos verdaderamente severos a su concentración en manos de una autoridad ejecutiva" (2020:16), con lo que aporta una interpretación que el Gobierno probablemente consideró adecuada para la situación del momento.

Ahora bien, el estado de alarma, aunque fue la primera y más ambiciosa decisión del Gobierno, no ha sido la única respuesta para la gobernanza de la crisis. En sentido estricto, el marco normativo de gestión ha conocido cuatro fases sucesivas, que atienden a diferentes situaciones y en las que la intervención del poder central y autonómico ha ido cambiando. De inicio, en función de la incidencia sanitaria de cada momento y, luego y fundamental, de los apoyos políticos en el Congreso.

Incluso, se puede hablar de una fase anterior, que se desarrolla entre el 7 de enero y el 14 de marzo de 2020, en la que las comunidades autónomas ya tomaron medidas puntuales para abordar las cuestiones más urgentes. Fue un momento en el que rigen medidas sanitarias o educativas y dictadas por las autoridades de estos sectores, que se concretan en cierres y órdenes

puntuales de confinamiento[15]. El Estado, por su parte, impulsa el Sistema de Alerta Precoz y Respuesta Rápida, nodo de enlace con las comunidades; el Procedimiento de Actuaciones Conjuntas, de 24 de enero; y convoca en este periodo hasta 10 veces el Consejo Interterritorial.

En todo caso, la duda entre el recurso al estado de alarma o el soporte jurídico de la legislación ordinaria sanitaria ha estado presente durante todo el desarrollo de la crisis, e incluso se ha reavivado ante la perspectiva del fin del segundo estado de alarma y el criterio del Consejo de Estado favorable a la reforma de la Ley 3/1986, de Medidas Especiales en Salud Pública, expresado en su Dictamen de 9 de abril de 2021, emitido en relación con la Ley aprobada por el Parlamento de Galicia, que incluye la obligatoriedad de la vacunación.

2.1. El primer estado de alarma

Se formaliza mediante el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, y se complementa con las diferentes órdenes dictadas por los departamentos ministeriales y, en especial, por las cuatro autoridades competentes delegadas. A partir de este momento, el estado de alarma se prorrogó seis veces y decayó finalmente el 21 de junio de 2020.

El contenido del Real Decreto 463/2020 no deja lugar a dudas sobre su objetivo, que no es otro que asegurar el confinamiento generalizado. Tampoco del método que propone: regular la totalidad de las situaciones posibles, con una ambición omnicomprensiva y sin aparentes resquicios, propiciando una limitación de los contactos sociales a los imprescindibles.

Para ello, toma medidas que afectan a competencias de todas las Administraciones: la autoridad competente, a la que se habilita para dictar órdenes, resoluciones e instrucciones; la colaboración con las fuerzas y cuerpos de seguridad; la limitación de la libertad de circulación; las requisas temporales y las prestaciones personales obligatorias; la suspensión de la actividad educativa; la limitación de la actividad comercial; las limitaciones del uso de los lugares de culto; el reforzamiento del Sistema Nacional de Salud; las medidas para asegurar el abastecimiento de bienes y servicios; las limitaciones y las medidas para garantizar la seguridad en el transporte; y la obligación de insertar comunicaciones en los medios informativos.

Por esto mismo, llama la atención la escasa comunicación previa con las comunidades autónomas, apenas consultadas y ni siquiera informadas de los planes gubernamentales, un olvido que desde los primeros días fue

[15] Uno de los casos más conocidos fue la Resolución del Departament de Interior, de la Generalitat de Cataluña, INT/718/2020, de 12 de marzo, por la que se acuerda restringir la salida de personas de Igualada y de otros tres municipios.

motivo de queja autonómica, y que explica que las comunidades asumieran el estado de alarma como una decisión ajena y no como una opción compartida con el Gobierno.

La preocupación por la seguridad jurídica sin duda prevaleció en el ánimo gubernamental; entendiendo, según se indica en la exposición de motivos, que "no suponen la suspensión de ningún derecho fundamental, tal y como prevé el artículo 55 de la Constitución", lo que encaja con dificultades con la manifiesta intención de limitar la movilidad de los ciudadanos hasta casi lo imprescindible. En todo caso, es una medida insólita en un Estado democrático, pero considera que aporta un apoyo jurídico pleno.

Sin duda se valoró que esta institución no era una novedad, y que se ajustaba al marco constitucional, donde se habilitó una figura especial en el artículo 55, que regula los estados de alarma, excepción y sitio, y que fueron desarrollados en la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, que literalmente se refiere en su artículo 4 a "Crisis sanitarias, tales como epidemias y situaciones de contaminación graves" como una de la situaciones que perturban la normalidad y que justifican la declaración del estado de alarma.

Junto a la seguridad jurídica, seguramente también se valoró su impacto político, pues con el estado de alarma los ciudadanos y la sociedad visualizan el liderazgo del Gobierno y su papel como garante de la unidad de acción desde el primer momento y de un plan formulado de forma unilateral y sin participación ajena al núcleo gubernamental. Por ello, sobre todo se consideró que la opción por el estado de alarma obligaba a las comunidades autónomas al cumplimiento de las decisiones gubernamentales y a su sometimiento a las medidas que se pusieran en marcha, sin necesidad de entrar a valorar el sistema de distribución de competencias.

También es probable que el recuerdo de la crisis territorial en Cataluña en 2017, y el riesgo de que la Generalitat diseñara una respuesta propia al margen del Estado, reforzara el deseo de monopolizar la decisión sobre la forma de proteger a la ciudadanía. De esta forma prevaleció la voluntad de ofrecer una respuesta única a la confusión creada por las medidas de las comunidades de los días previos, y de atajar la dispersión de medidas autonómicas. Bajo este prisma, es coherente que el Real Decreto no cediera ningún espacio de intervención a las comunidades autónomas, apenas mencionadas.

El problema deriva de que esta figura supone la atribución al Gobierno de unas facultades exorbitantes y el correspondiente menoscabo de las competencias autonómicas. Se ha de recordar que en la aprobación de la Ley Orgánica 4/1981, de 1 de junio, de los estados de alarma, excepción y sitio estuvo presente el cercano recuerdo de los acontecimientos del 23 de febrero de 1981, que es anterior a la aprobación de la mayoría de los

Estatutos de Autonomía. Por lo tanto, esta Ley no presta mayor atención a sus efectos para las instituciones autonómicas, hasta el punto de que se ha llegado a sostener que el estado de alarma opera al margen del modelo autonómico, tal como Velasco Caballero (2020) ha puesto de relieve y destaca al compararla con las soluciones en Alemania o Reino Unido.

Ahora bien, esta opción no garantiza que el Gobierno haya solventado todos los posibles obstáculos, pues la alarma tiene unos límites tasados en la Constitución, que actúan como doble garantía: la limitación temporal, que requiere la sucesión de prórrogas quincenales; y el control parlamentario, que se ejercita mediante el procedimiento de autorización de cada prórroga. Es decir, el Gobierno opta por un instrumento que facilita su intervención, pero que queda condicionado automáticamente por el éxito de la negociación parlamentaria.

En concreto, por lo que respecta a las comunidades autónomas, en el contenido del Real Decreto pueden identificarse cuatro componentes que ponen de relieve el objetivo del Gobierno para desplegar sus atribuciones y, por lo tanto, su afectación para las comunidades autónomas, tal como ha puesto de relieve Martín i Alonso (2020).

El aspecto más relevante es la determinación de las autoridades competentes, que se atribuye en exclusiva al Gobierno y sin ninguna referencia a las autoridades autonómicas. Además, se identifican cuatro autoridades delegadas, que corresponden a cuatro áreas de responsabilidad: los Ministros de Defensa; Interior; Transportes, Movilidad y Agenda Urbana; y Sanidad. Adicionalmente, se atribuye al Ministerio de Sanidad la competencia residual para el resto de las cuestiones. Esta decisión es modificada mediante el Real Decreto 555/2020, de 5 de junio, que limita esta condición al Ministro de Sanidad y a los presidentes autonómicos.

De aquí se deriva el segundo punto, el Real Decreto limita la capacidad normativa casi reduciéndola al Gobierno y de forma separada a cada uno de los cuatro departamentos. El estado de alarma atribuye funciones en el seno de la Administración General del Estado, al margen de la organización autonómica, y asigna potestades exorbitantes a las autoridades delegadas, que "quedan habilitados para dictar las órdenes, resoluciones, disposiciones e instrucciones interpretativas que, en la esfera específica de su actuación, sean necesarios para garantizar la prestación de todos los servicios, ordinarios o extraordinarios".

Como efecto de esta habilitación, el estado de alarma se ha acompañado de una extensa regulación estatal. Y, como acertadamente señala Martín i Alonso (2020), destaca la regulación del Ingreso Mínimo Vital[16],

[16] Regulado mediante el Real Decreto Ley 20/2020, de 29 de mayo.

cuya regulación en este momento y forma invita a valorar una posible extralimitación competencial, pues se justifica como una necesidad derivada de la pandemia, pero su condición de medida indefinida y que incide directamente en la competencia exclusiva autonómica de servicios sociales es incuestionable.

En tercer lugar, al Real Decreto le preocupa asegurar el cumplimiento de las medidas que se adoptan, en concreto garantizar que la organización administrativa autonómica, o incluso local, no va a convertirse en un obstáculo para el cumplimiento de los objetivos sanitarios del Gobierno, de modo que "todas 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".

Lo que no hace el Real Decreto es aclarar la forma de compatibilizar esta fórmula con el mantenimiento de las atribuciones autonómicas, ya que dice que les corresponde "la gestión, dentro de su ámbito de competencia, de los correspondientes servicios sanitarios, asegurando en todo momento su adecuado funcionamiento", a la vez que atribuye al Ministro de Sanidad la capacidad de "dictar cuantas facultades resulten necesarias para garantizar la cohesión y equidad en la prestación del referido servicio". Esta dualidad entre las órdenes del ministro y su ejecución autonómica permitió que en su momento se hablase incluso de que el estado de alarma suponía la "aplicación de un artículo 155 sanitario", alegándose que el resultado práctico era el mismo.

Por último, en cuarto lugar, la declaración del estado de alarma adopta determinadas medidas que se refieren directamente a competencias autonómicas, y que por lo tanto son sustraídas a las comunidades autónomas, en especial prohibiendo la actividad educativa presencial, limitando la actividad comercial o cultural, el funcionamiento ordinario de los transportes, la realización de actividad física al aire libre, la realización de actividades de cuidado y recolección de producciones agrícolas o la autorización de corredores turísticos, por no mencionar el establecimiento de obligaciones específicas dirigidas a los medios de comunicación de titularidad pública y privada.

Es decir, muchas de las medidas suponen directamente una alteración del sistema competencial, sin más base legal que la previsión del estado de alarma, mientras que la actuación autonómica ha de adecuarse a las disposiciones estatales, y teniendo en cuenta que en caso de conflicto prevalece el derecho estatal, tal como establece el artículo 149.3 de la Constitución. Es decir, la alarma devuelve al Gobierno central unas considerables posibilidades de actuación en el ámbito de las competencias autonómicas.

Por eso, el estado de alarma despierta las suspicacias de las comunidades autónomas, y es significativa la valoración que merece al consejero vasco de Gobernanza Pública y Autogobierno, Sr. Erkoreka Gervasio, cuando dice: "La decisión del Gobierno central ha supuesto la preterición de la legalidad competencial ordinaria y su sustitución por una legalidad competencial excepcional en virtud de la cual los poderes centrales han asumido unilateralmente competencias de titularidad autonómica, rebajando a las comunidades autónomas a la consideración de meros entes locales en el ámbito de la sanidad que ya no deciden en las materias de su competencia, sino que en el mejor de los casos se limitan a proponer a la autoridad competente, ahora ya perteneciente al ámbito de la Administración central"[17].

A pesar de todo, en este periodo se mantiene la cooperación a través del Consejo Interterritorial, que ha celebrado 14 reuniones más, sobre todo para informar de las diferentes órdenes adoptadas.

Durante este periodo la actividad normativa vinculada o condicionada por la pandemia ha sido muy importante, e incluso el Boletín Oficial del Estado las ha ordenado en un código electrónico especial, que, a 31 de diciembre de 2020, contaba con 323 disposiciones o actos publicados.

Esta información puede detallarse mediante un análisis más minucioso de la actividad del Gobierno entre el 14 de marzo y el 21 de junio, fechas de vigencia del primer estado de alarma. Son 174 disposiciones: 12 reales decretos leyes, 11 reales decretos, 113 órdenes, 35 resoluciones y 3 instrucciones. El número más elevado corresponde a tres de los ministerios identificados como autoridades competentes: Sanidad (65), Transportes, Movilidad y Agenda Urbana (50) e Interior (13), a los que hay que sumar los del Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática (10) y una producción mucho menor del resto de departamentos (que suman, 24).

El resultado de la tramitación como proyecto de ley de los reales decretos leyes convalidados ha sido la Ley 2/2021, de 29 de marzo, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, que ordena las más significativas actuaciones del Estado hasta entonces dispersas en diferentes normas, precisando las actuaciones de las diferentes Administraciones.

Por su parte, las comunidades autónomas también han dictado un número considerable de normas, bien para desarrollar las del Estado, bien para la atención de los efectos económicos, recopiladas también como códigos electrónicos. A finales de 2020 la Generalitat de Catalunya había dictado 432 desde el inicio de la crisis, de las que 127 correspondían al Departamento de

[17] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas, 30 de abril de 2020. Pág. 25.

Salud. La Xunta de Galicia contabilizaba 528 disposiciones. La Generalitat Valenciana, 163.

2.2. La nueva normalidad y la coordinación de medidas sanitarias autonómicas

Desde el 21 de junio de 2020 se inicia la que puede calificarse como tercera fase en la gestión de la crisis. La cobertura jurídica que proporcionaba el estado de alarma es sustituida por las medidas de las autoridades autonómicas, adoptadas de acuerdo con la legislación sanitaria aludida.

Para evitar una excesiva dispersión, el Gobierno adopta el Real Decreto Ley 21/2020, de 9 de junio, que sienta las bases de la denominada "nueva normalidad", que establece una especie de marco general denominado "cogobernanza" de la crisis. Además, regula un procedimiento para la desescalada gradual, asimétrica, coordinada y negociada con cada comunidad autónoma, a partir de la propuesta autonómica y que finaliza con una orden ministerial. El resultado es obviamente diverso, lo que levanta quejas en la opinión pública, en especial por sus efectos en territorios limítrofes.

Con el Real Decreto Ley 21/2020 el Estado se reserva la regulación de cuatro cuestiones: las medidas de prevención, las referentes a medicamentos y productos sanitarios, las medidas para la detección precoz y la vigilancia epidemiológica y las capacidades sanitarias necesarias. En coherencia con el sistema competencial, reconoce que la labor de vigilancia, inspección y control de las medidas sea autonómica, para lo que obliga a las comunidades a garantizar "un número suficiente de profesionales involucrados en la prevención y control de la enfermedad, su diagnóstico temprano, la atención a los casos y la vigilancia epidemiológica". Es decir, impone unos estándares y obligaciones propias del ámbito organizativo de cada comunidad.

La forma y rapidez como se produjo este cambio es llamativa. Ya en los primeros días de la alarma, la actuación exclusiva del Estado fue matizada, e incluso alterada sustancialmente, pues fue tratada en la Conferencia de Presidentes del día siguiente, 15 de marzo. Y este cambio incluso hace pensar en una medida correctora que se fue perfeccionando con el paso de las semanas, pues el Gobierno decidió compartir la situación y las nuevas medidas que iba adoptando, aunque los resultados en ese momento fueron discutidos y no siempre bien valorados por las comunidades.

Para hacer efectivas estas atribuciones, cambia su decisión sobre la autoridad competente delegada para la adopción, supresión, modulación y ejecución de medidas correspondientes a las fases del plan de desescalada, que ahora serán los presidentes de las comunidades autónomas, salvo para

las medidas vinculadas a la libertad de circulación que excedan el ámbito de la unidad territorial determinada para cada comunidad. Son también las comunidades las que pueden decidir, con arreglo a criterios sanitarios y epidemiológicos, la superación de la fase 3 en las unidades territoriales de su comunidad.

Además, presta especial atención al deber de las comunidades autónomas de suministrar información cuando se produzcan situaciones de emergencia, para garantizar la coordinación entre las autoridades sanitarias y reforzar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Es decir, un amplio marco de medidas que encajan en las competencias coordinadoras del Estado.

El primer efecto de la nueva situación es una sensible reducción de las disposiciones dictadas por las autoridades ministeriales y una recuperación por parte de las comunidades de sus atribuciones normativas, que se traduce en una extensa y permanente actividad[18], que además es modificada constantemente.

Especialmente ambiciosa es la normativa adoptada por la Generalitat de Catalunya, que recurre a la fórmula del decreto ley para reforzar sus posibilidades de intervención clarificando al máximo sus atribuciones[19], disponiendo que, "en situaciones de pandemia declaradas, las autoridades competentes sanitarias pueden adoptar medidas de limitación de la actividad, incluyendo el desplazamiento de las personas".

Para compensar su pérdida de funciones, el Gobierno otorga mayor relevancia a la cooperación y, en concreto, al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, que ya con el Plan para la Nueva Normalidad, adoptado por el Consejo de Ministros el 28 de abril de 2020, había adquirido mayor relevancia desde el momento en que las comunidades fueron invitadas a presentar en él sus hojas de ruta para avanzar en la fase de transición a la desescalada.

Ahora se refuerza su contenido coordinador mediante dos instrumentos específicos que pueden adoptarse en su seno. Primero, las Actuaciones Coordinadas de Salud Pública, a las que se atribuye un papel fundamental "para garantizar la coherencia de las actuaciones autonómicas", lo que se considera imprescindible en un escenario en el que las comunidades dictan su propia normativa; y, segundo, los planes y estrategias de actuación para afrontar emergencias sanitarias.

---

[18] A título de ejemplo, la Comunidad de Madrid dictó la Orden 668/2020, de 19 de junio, de la Consejería de Sanidad, que hasta el 31 de diciembre se modificó 12 veces.

[19] Decreto Ley 27/2020, de 12 de julio.

Esta nueva situación otra vez obligó a prestar mayor atención a las necesidades de información. El Ministerio solicita de las comunidades una información semanal y que permita evaluar su preparación para avanzar en la desescalada, con lo que les impone un examen detallado en materias de su exclusiva competencia: el rastreo de contagios y sus resultados, la capacidad de los sistemas sanitarios para responder con rapidez ante un rebrote o la situación en las residencias.

La calificación de este periodo como de cogobernanza es discutible. A pesar de la denominación, este modelo no tiene como objeto la adopción de decisiones conjuntas, como podría pensarse, sino el avance en la desescalada mediante una evaluación compartida previa al cambio de fase. Atendiendo a la solicitud autonómica, aparte de la provincia, el informe permite elegir otras zonas de referencia, como el municipio, la comarca o la comunidad autónoma en su conjunto. También exige que esta concrete la forma de control prevista para que no se produzcan desplazamientos entre provincias y las medidas de "protección colectiva" que van a implementarse durante la desescalada, como el reparto de mascarillas o las señales de distanciamiento físico.

Con todo, el nuevo marco no resuelve totalmente las exigencias de legalidad. La desaparición del estado de alarma aporta más complejidad en la gestión del confinamiento al limitar su base normativa a la legislación sanitaria. Esto requiere la ratificación judicial[20] y queda en evidencia con el rechazo del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid de las medidas propuestas por la Comunidad[21], lo que obliga al Estado a dictar una norma específica de estado de alarma para los nueve municipios madrileños afectados, el Real Decreto 900/2020, de 9 de octubre. Mediante esta solución se resuelve el problema inmediato, pero deja en entredicho el fundamento de las actuaciones autonómicas en esta tercera fase, con lo que se recupera el interés por esta alternativa.

2.3. El segundo estado de alarma

Ante la segunda ola de la epidemia, el Gobierno vuelve a declarar el estado de alarma mediante el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, iniciándose una segunda experiencia cuya vigencia se extiende, tras la ampliación del Real Decreto 956/2020, hasta el 8 de mayo de 2021. Es la cuarta fase de la gestión. Como novedades frente a la anterior experiencia, el Gobierno consigue un periodo de estabilidad suficiente, abre la vía de asegurar

[20] Artículo 8, 6, de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso Administrativa.

[21] Auto nº 128/2020, de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Octava, del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid, de 8 de octubre de 2020.

el cumplimiento de las medidas sanitarias gracias a la alarma y reconoce a los presidentes de las comunidades autónomas como autoridad competente con un espacio más amplio de decisión.

Como resultado, las nuevas medidas son menos estrictas y permiten que las comunidades autónomas mitiguen el impacto sanitario, social y económico, buscando fórmulas propias que compatibilicen ambos objetivos.

Más adelante, el Real Decreto 956/2020 amplía aún más la capacidad de decisión de las comunidades. En esencia, el Gobierno adopta un marco normativo común, que luego es modulado mediante decisiones autonómicas, para lo cual reconoce que las autoridades competentes delegadas "quedan habilitadas para dictar, por delegación del Gobierno de la Nación, las órdenes, resoluciones y disposiciones para la aplicación de lo previsto". Con ello, se busca un modelo de compatibilidad de disposiciones que recuerda la legislación básica que dicta el Estado y puede ser desarrollada por las comunidades autónomas.

En concreto, las comunidades pueden modular, dentro de una franja obligatoria, cuatro decisiones predeterminadas por el Gobierno: la libertad de circulación de las personas en horario nocturno (art. 5); el establecimiento de limitaciones en la entrada y salida de las comunidades, provincias y municipios (art. 6); la permanencia de grupos de personas en espacios públicos y privados (art. 7), así como en lugares de culto (art. 8). Además, a la vista de la evolución de los indicadores, también podrá previa comunicación al Ministerio de Sanidad "modular, flexibilizar y suspender la aplicación de las medidas previstas (…) con el alcance y ámbito territorial que determine".

Usando esta habilitación, todas las comunidades autónomas han dictado disposiciones propias, que han conocido constantes modificaciones. En especial, sus medidas han tenido en cuenta las especificidades de las diferentes zonas de su territorio, de modo que el nuevo sistema otorga mayor efectividad al principio de subsidiariedad al reconocer las peculiaridades de cada municipio.

Existe otra diferencia respecto al estado de alarma anterior: un nuevo reconocimiento del papel del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. En concreto, se le atribuye una finalidad determinada en su artículo 13, que dice: "Con la finalidad de garantizar la necesaria coordinación (…) podrá adoptar a estos efectos cuantos acuerdos procedan, incluidos, en su caso, el establecimiento de indicadores de referencia y criterios de valoración del riesgo".

En resumen, el Gobierno precisa unos elementos comunes obligatorios, pero reconoce la posibilidad de que sean flexibilizados o restringidos por las comunidades. Parece un modelo coherente que, sin embargo, ha

sido objeto de frecuentes críticas al no resolver la diversidad normativa autonómica, que se complica aún más por la frecuente necesidad de adaptaciones, con lo que el resultado final no es solo diverso, sino también inestable y cambiante.

Al hilo de este nuevo marco, se ha considerado por amplios sectores políticos que el Gobierno se desentendía de la crisis sanitaria cediendo a las comunidades autónomas la toma de decisiones en su territorio. Y esto es más relevante, si se tiene en cuenta la fuerte presión de los agentes económicos para aligerar las medidas y, por lo tanto, para no desincentivar el consumo y la actividad económica con el argumento de la protección de la salud.

Las medidas más relevantes tomadas o impulsadas en cada fase por el Gobierno central durante este periodo de crisis se extractan en el cuadro 1.

Cuadro 1 – Disposiciones y medidas para la gestión de la crisis sanitaria

24/01/2020	Documento Técnico de la Ponencia de Alertas	Procedimiento de Actuaciones Conjuntas
12/03/2020	RD Ley 7/2020	Medidas urgentes sobre el impacto económico de la COVID-19
14/03/2020	RD 463/2020	Declaración de 1er estado de alarma Declaración del Gobierno como autoridad competente, y delegación en 4 ministros: Defensa, Interior, Transportes y Sanidad Medidas restrictivas y limitativas de circulación, apertura de establecimientos
15/03/2020	Orden SND/234/2020	Todas las disposiciones y medidas que correspondan a las comunidades autónomas (CCAA) se adoptarán por el M. Sanidad, de oficio o a petición de las CCAA Todas las disposiciones y medidas que correspondan a las entidades locales (EELL) se adoptarán por las CCAA, de oficio o a petición de las EELL Las CCAA comunicarán en tres días al M. Sanidad las medidas tomadas hasta la entrada en vigor del RD 463/2020 Las CCAA deberán remitir al M. Sanidad, información epidemiológica, y sobre su capacidad asistencial y recursos humanos
17/03/2020	RD 465/2020	Modificación RD 463/2020 Ampliación de las limitaciones a las cercanías de las playas Se precisan las condiciones para la libre circulación en vías y espacios, de manera individual Se precisan o amplían las condiciones para la apertura de determinados establecimientos
20/03/2020	Orden SND/267/2020	Desarrollo del procedimiento de remisión de información al Ministerio de Sanidad
23/03/2020	Instrucciones del Ministerio de Sanidad	Adopción de criterios interpretativos

24/03/2020	Acuerdo CM	Distribución entre CCAA de 300 M€, del Fondo Social Extraordinario
27/03/2020	RD 476/2020	1ª prórroga estado de alarma Endurecimiento de medidas y reducción de la movilidad Remisión semanal al Congreso de los Diputados de información sobre la ejecución de las medidas adoptadas
30/03/2020	Acuerdo CM	Distribución entre CCAA de 300 M€, destinados a la financiación sanitaria
05/04/2020	Orden SND/323/2020	Se dejan sin efecto las restricciones derivadas de la Resolución/INT/718/2020, de la Generalitat de Catalunya, referidas a Igualada y otros municipios
06/04/2020	Orden SND/339/2020	Se dejan sin efecto las restricciones dictadas por Resolución de 13/023/2020, de la Junta de Extremadura referidas a Arroyo de la Luz
10/04/2020	RD 487/2020	2ª prórroga estado de alarma
13/04/2020	Orden SND/344/2020	Notificaciones a las autoridades sanitarias autonómicas de casos confirmados por parte de entidades públicas o privadas
16/04/2020	Orden SND/352/2020	Modificación. Orden SND/234/2020
24/04/2020	RD 492/2020	3ª prórroga estado de alarma Criterios para el desconfinamiento Se permite la salida de los menores de 14 años, acompañados Se habilita al Ministerio de Sanidad a modificar o ampliar las medidas tomadas
25/04/2020	Documento del CCAES	Aprobación del Plan de Transición
28/04/202	Acuerdo C. Ministros	Plan de Desescalada o de Transición hacia la Nueva Normalidad Asume los principios generales de desconfinamiento aprobados por la OMS el 16/04/2020: detección rápida, recursos sanitarios significativos, minimizar riesgos y lugares con elevadas concentraciones, medidas preventivas, control de zonas de riesgo y medidas de comportamiento social Previsión de 4 parámetros y 5 fases: 0 (Alivio), 1 (Inicial), 2 (Intermedia), 3 (Avanzada) y Nueva Normalidad Previsión de levantamiento de medidas, de forma gradual, asimétrica y coordinada
03/05/2020	Orden SND/387/2020	Deriva del Plan para la Transición hacia la Nueva Gobernanza (ACM de 28/04/2020) Proceso de cogobernanza. El avance en las fases se lleva a cabo en régimen de diálogo, cooperación y flexibilidad. Posibilidad de que las CCAA formulen propuestas para ampliar, modificar o restringir las medidas derivada del estado de alarma Obligación de que las medidas tengan una duración mínima de 1 semana Aceptación de adoptar medidas en unidades territoriales inferiores a la provincia o isla, que en principio es la unidad territorial de referencia Análisis conjunto de las propuestas, de forma bilateral, valorando diferentes indicadores: vigilancia, identificación de contagios, capacidades para el aislamiento y atención primaria y hospitalaria

04/05/2020	Documento Técnico	Estrategia de Diagnóstico (en permanente revisión)
08/05/2020	RD 514/2020	4ª prórroga estado de alarma Incorporación de los criterios de la Hoja de Ruta Europea para la desescalada Habilitación al Ministerio de Sanidad para acordar a propuesta de las CCAA la progresión de medidas aplicables en su ámbito territorial, de acuerdo con los indicadores establecidos
09/05/2020	Orden SND/399/2020	Flexibilización de la fase 1 para determinadas unidades territoriales por parte del Ministerio de Sanidad
11/05/2020	Orden 404/2020	Medidas de vigilancia epidemiológica
16/05/2020	Orden SND/414/2020	Flexibilización de la fase 2
21/05/2020	Orden SND/427/2020	Flexibilización de medidas para los pequeños municipios
22/05/2020	RD 537/2020	5ª prórroga estado de alarma Declaración del Ministerio de Sanidad como autoridad competente, "en cooperación con las CCAA" El Ministerio de Sanidad puede acordar la progresión en las fases, a propuesta de las propias CCAA El Ministerio de Sanidad, conjuntamente con las CCAA, puede modificar las medidas de actuación y las limitaciones a la libertad de circulación Las medidas serán aplicadas por los presidentes de las CCAA La superación de todas las etapas determinará que quedan sin efecto las medidas del estado de alarma Posibilidad de que las CCAA reanuden las actividades educativas presenciales
30/05/2020	Orden SND/458/2020	Flexibilización de la fase 3
05/06/2020	RD 555/2020	6ª prórroga estado de alarma Declaración del Ministerio de Sanidad y de los presidentes de las CCAA como autoridades competentes Las CCAA pueden modular las medidas adoptadas en sus territorios. Y también tienen la posibilidad de ser autoridades competentes delegadas: serán los presidentes de las CCAA, salvo para las medidas de circulación que excedan el ámbito de la unidad territorial determinada para cada comunidad Flexibilidad en la aplicación del ámbito geográfico en que se aplican las medidas tomadas
09/06/2020	RD Ley 21/2020	Mantenimiento de medidas de prevención e higiene y de las bases de la nueva normalidad Participación del Consejo Interterritorial del SNS en la activación de planes y estrategias de actuación en casos de emergencia sanitaria Nueva redacción del art. 65, sobre Actuaciones Coordinadas, e introducción del art. 65 bis, sobre Obligaciones de Información de las CCAA, de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS Las autoridades competentes delegadas para la adopción de medidas serán las CCAA, salvo las referentes a la libertad de circulación que excedan del ámbito territorial autonómico Se establecen obligaciones asistenciales para las CCAA

11/06/2020	Acuerdo CS Educación	Calendario de inicio del curso académico 2020-2021
12/06/2020	Orden SNS/520/2020	Flexibilización y unidades territoriales que acceden a la fase 3
16/06/2020	RD Ley 22/2020	Creación del Fondo COVID-19, dotado con 16.000 M€
16/07/2020	Documento técnico del C. Interterritorial	Plan de Respuesta Temprana
20/07/2020	Acuerdo Comisión-Estados miembros	Acuerdo de Adquisición Anticipada (APA, por sus siglas en inglés) con fabricantes de vacunas para la adquisición de estas con el propósito de combatir la pandemia de la COVID-19 en el ámbito de la Unión Europea
14/08/2020	Documento técnico del C. Interterritorial	Declaración de Actuaciones Coordinadas (posterior Orden comunicada)
27/08/2020	Acuerdo CISNS y CSE	Acuerdo sobre el Curso Escolar 2020-2021
30/09/2020	Documento técnico del C. Interterritorial	Declaración de Actuaciones Coordinadas (posterior Orden comunicada)
09/10/2020	RD 900/2020	Declaración del estado de alarma en 9 municipios de la Comunidad de Madrid, tras el Auto del TSJ de la C. de Madrid, de 08/10/2020
22/10/2020	Acuerdo C. Interterritorial SNS	Declaración de Actuaciones de Respuesta Coordinada frente a la Pandemia (en permanente revisión)
25/10/2020	RD 926/2020	Declaración de 2º estado de alarma Declaración del Gobierno como autoridad competente, y delegación en presidentes de las CCAA, que pueden dictar normas e instrucciones por delegación del Gobierno Posibilidad de que el Consejo Interterritorial establezca indicadores y criterios de actuación
03/11/2020	RD 956/2020	Prórroga del estado de alarma hasta 09/05/2021 Modificación RD 926/2020. La eficacia de los arts. 5, 6, 7 y 8 las decidirá cada comunidad, previa comunicación al M. Sanidad Previsión de comparecencia del presidente en el Congreso cada 2 meses Posibilidad de que la Conferencia de Presidentes pueda solicitar al presidente del Gobierno el levantamiento del estado de alarma, transcurridos 4 meses y previo acuerdo favorable del Consejo Interterritorial
18/12/2020	Documento técnico del C. Interterritorial	Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19 (en permanente revisión y que ha generado 5 actualizaciones)
10/03/2021	Documento técnico del C. Interterritorial	Declaración de Actuaciones Coordinadas, referidas a la festividad de San José y a la Semana Santa
29/03/2021	Ley 2/2021	Medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19

2.4. La experiencia de otros Estados europeos

El interés transnacional de esta crisis se reaviva cuando se analizan las medidas impulsadas por los diferentes Gobiernos, sobre todo porque los temas debatidos no difieren sustancialmente, y los Estados coinciden en tres cuestiones: la suficiencia del marco legal de las restricciones de derechos, el contenido de las medidas y la modulación territorial de su ámbito de aplicación. En especial, son evidentes las similitudes con lo ocurrido en Alemania, país que suele tomarse como referencia comparativa cuando se trata de ponderar el componente descentralizador.

Respecto del marco normativo, la competencia corresponde a la Federación, que la hace efectiva mediante la Ley federal de Prevención y Control de Enfermedades Infecciosas en Humanos, de 2000, modificada tras el inicio de la crisis en junio de 2020. Como en esta materia rige el principio de competencia concurrente, los *Länder* conservan su competencia legislativa "en tanto la Federación no haya ejercido su competencia legislativa por ley", aunque en la práctica apenas queda espacio para la legislación de los *Länder*, lo que no ha impedido que Baviera haya adoptado una Ley de Protección contra las Infecciones[22], con normas complementarias a la Ley federal (Arnold, 2020), algo que en España no ha hecho ninguna comunidad autónoma. Como resultado, se aprecian las mismas dudas que en España sobre la forma de compatibilizar el marco normativo federal y las medidas ejecutivas de los *Länder*.

La Ley otorga al Ministerio de Salud federal facultades para adoptar medidas o actos administrativos, pero también para emitir reglamentos o actos normativos. Al igual que en España, también se considera que las competencias de los *Länder* no se ven afectadas por ello, aunque en la práctica persisten algunos problemas, como los que plantean algunas autorizaciones previstas en la Ley, la emisión de órdenes particulares o actos administrativos por parte de una autoridad federal, o la emisión de reglamentos por el ministro federal sin el consentimiento del Bundesrat. Es decir, también en Alemania la crisis ha sometido a pruebas nuevas al modelo federal.

La efectividad de las medidas remite al sistema de cooperación, muy desarrollado, y que se ha materializado desde el 12 de marzo hasta el 31 de diciembre en 7 reuniones de la canciller con los presidentes de los *Länder*, aproximadamente cada quince días. La primera reunión tuvo lugar el 12 de marzo de 2020[23]. Las medidas propuestas ya coincidían con las de España: incremento de los medios sanitarios, medidas de información y educación

---

[22] *Bayerisches Infektionsschutzgesetz*, de 25 de marzo de 2020 https://www.stmgp.bayern.de/coronavirus/rechtsgrundlagen/

[23] https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/beschluss-zu-corona-1730292

a la población, atención especial a los enfermos crónicos o de más edad, mayor esfuerzo de la atención primaria, cancelación de eventos, cierre de escuelas infantiles o el adelanto de las vacaciones escolares. Son medidas indicativas, cuya implantación efectiva se remite a su adopción por las autoridades de cada *Land*. Es decir, el modelo coincide con el adoptado en España en junio, tras el final del estado de alarma.

Diez días después, el 22 de marzo[24], las anteriores declaraciones son sustituidas por medidas restrictivas para los derechos individuales: restricciones a la circulación, distancia mínima interpersonal, cierre de establecimientos comerciales o que faciliten las aglomeraciones de personas o cierre de los establecimientos de restauración. Es decir, de nuevo una clara coincidencia con las medidas adoptadas unos días antes por el Gobierno español.

El paralelismo con el caso español continúa en la reunión del 30 de abril, cuando se vislumbra el futuro desconfinamiento y se atribuye a los órganos equivalentes de las conferencias sectoriales la adopción de las medidas de detalle para posibilitar la recuperación de la normalidad, sobre todo educativa. El 6 de mayo también se permite a los *Länder* la adopción de medidas teniendo en cuenta las unidades territoriales inferiores a su territorio, nuevamente como en España[25].

Aparte de las similitudes, se aprecian dos diferencias que alertan sobre dos insuficiencias del modelo español de cooperación. Por un lado, el importante papel que desempeña el Instituto Robert Koch, organismo encargado de recibir y ordenar la información aportada por los *Länder.* Aunque funcionalmente puede compararse con el Instituto de Salud Carlos III, tiene mayor independencia avalada por su prestigio científico y la larga tradición de servicio a todo el sistema federal.

Por otro lado, la mayor institucionalización de las reuniones de la canciller con los presidentes de los *Länder*, que da lugar a unas declaraciones conjuntas –que se echan en falta en el caso español– que se acompañan de las conclusiones de las reuniones técnicas mantenidas entre los jefes de gabinete de la canciller y de los presidentes, las reuniones Bundeskanzleramts-Chef der Staats (Chef BK-CdS).

El panorama competencial en Italia es diferente, al orientarse la crisis desde la perspectiva de la protección civil, que convive con la tutela de la salud. Ambas competencias son concurrentes, aunque la organización de

---

[24] https://www.bundesregierung.de/breg-de/themen/coronavirus/besprechung-der-bundeskanzlerin-mit-den-regierungschefinnen-und-regierungschefs-der-laender-vom-22-03-2020-1733248. 2020-03-22-mpk-data.pdf

[25] https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1750986/fc61b6eb1fc1d-398d66cfea79b565129/2020-05-06-mpk-beschluss-data.pdf?download=1

los servicios de salud corresponde a las regiones, que han de respetar los niveles básicos dictados por el Gobierno.

Sus medidas se toman con unas semanas de anticipación respecto a otros Estados, y se articulan mediante decretos del Consejo de Ministros[26], que, al contrario que en España, se adoptan con la participación regional, pues la ley dispone que su aprobación es posterior a la audiencia de los presidentes de las regiones competentes (Romboli, 2020).

En la práctica, sobre todo a través de ordenanzas regionales y locales, se han generado frecuentes conflictos con el Estado, causados por razones políticas y la búsqueda de visibilidad de las autoridades. Se evidenciaron discrepancias en las medidas tomadas por las regiones, como las más restrictivas tomadas por Campania. La región de las Marcas extremó su celo y adoptó como medida preventiva la prohibición de manifestaciones públicas, lo que igualmente fue impugnado por el Gobierno, y asumido por el tribunal, también favorable al Gobierno. Mientras, Calabria permitía la apertura de servicios de hostelería, lo que fue impugnado por el Gobierno en el orden contencioso-administrativo y sentenciado a su favor al negar el derecho de la región a establecer unas medidas que corresponden al Consejo de Ministros. Es decir, la práctica italiana también ilustra sobre la influencia ejercida por medios económicos sobre las regiones a favor de la reapertura de la actividad económica. Una cuestión recurrente y común a todos los países.

La cooperación entre los diferentes niveles corresponde a la Conferenza Stato-Regioni, que en 2020 celebró 31 reuniones, y trata todo tipo de temas, entre ellos la crisis sanitaria[27]. En todo caso, también en Italia se ha asociado la crisis sanitaria con la organización regional del país y, al igual que en el caso español, finalmente la crisis también ha supuesto un fortalecimiento de las regiones (Carloni, 2020).

Las actuaciones en Francia se basan en una ley especial que al igual que en Alemania ha sido completada por considerarse insuficiente[28]. A pesar de su sistema centralizado de gobierno y de la existencia de un único centro normativo, también las medidas adoptadas permiten modulaciones en cada departamento en función de la incidencia de la crisis, con lo que el resultado es tan diverso como en los Estados descentralizados. En este

---

[26] Decreto de 31 enero de 2020, que declara el estado de emergencia, de acuerdo con el Decreto Legislativo 1/2018, por el que se aprueba el código de Protección Civil.

[27] Pueden consultarse los órdenes del día de este órgano en http://www.statoregioni.it/it/

[28] La Ley n.º 2004-806, de 9 de agosto de 2004, de la política de salud pública, sobre la preparación del sistema de salud frente a riesgos sanitarios de gran amplitud. Pero ante la insuficiencia de las previsiones, fue completada mediante el Decreto del Primer Ministro, n.º 2020-260, de 16 de marzo de 2020, por el que se establecía el confinamiento total de la población. Días después se publica la Ley n. º 2020-290, de 23 de marzo de 2020, de emergencia para afrontar la epidemia de la COVID-19.

caso, el habilitado para actuar en función de las circunstancias del departamento es el prefecto, si bien se le otorga un margen de discrecionalidad suficiente "cuando las circunstancias del lugar lo exigen", de acuerdo con el artículo 3 del Decreto 2020-1310, de 29 de octubre, por el que se prescriben medidas generales necesarias para hacer frente a la epidemia de la COVID-19 en el marco del estado de urgencia sanitaria.

Es más, dentro del marco del estado de emergencia sanitaria, los alcaldes siguen facultados para, eventualmente, endurecer las medidas de policía administrativa nacional dentro de sus territorios si se cumplen dos condiciones: el respeto de las medidas y reglamentaciones nacionales, y la presencia de circunstancias locales que justifiquen su intervención.

En resumen, el modelo centralizado de gobierno no evita las disparidades territoriales finales que los críticos con la organización autonómica reprochan reiteradamente al modelo español.

3. La coordinación sanitaria por parte del Estado: objeto y límites

3.1. Las competencias del Estado para coordinar actividades autonómicas

Desde el mes de marzo de 2020 la coordinación se ha convertido en elemento central del debate político y jurídico generado en torno a la gestión del Gobierno, y sobre todo como un objetivo a alcanzar que debe asegurar la coherencia e integración de las actuaciones de las diferentes Administraciones. Sin embargo, como quiera que los resultados han dado lugar a serias dudas, la deficiencia de la coordinación también se ha convertido en motivo de crítica y de contestación social.

En el ámbito sanitario, la Constitución reconoce al Estado una competencia coordinadora especial, imprescindible en una materia en la que los límites territoriales suelen ser insuficientes para localizar las actuaciones administrativas, sobre todo a la hora de atender necesidades que superan los límites administrativos, como siempre se ha apreciado en las campañas de vacunación y ahora en la prevención de epidemias.

Esta realidad justifica las atribuciones coordinadoras del Gobierno y permite medidas que deberían ser suficientes. Es más, son respaldadas por el Tribunal Constitucional al delimitar el objetivo de la coordinación general como "la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades (sanitarias) estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo

que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema (sanitario)"[29].

Su desarrollo se remite al legislador sectorial, con la idea de que precise su contenido, y, aunque este es el papel de la Ley General de Salud Pública[30], una lectura detallada revela su escasa concreción, pues se limita a remitir al Consejo Interterritorial de Salud, a través de la Comisión de Salud Pública, la labor de "asegurar la cohesión y calidad en la gestión de los sistemas de vigilancia en salud pública" y prever la adopción de determinados acuerdos.

Por tanto, el problema que ahora se pone de relieve es que esta Ley no otorga al Estado instrumentos adecuados para garantizar la obligatoriedad de las medidas de coordinación que pretende imponer, de modo que estas competencias coordinadoras pueden resultar ineficaces por las dificultades para hacerlas obligatorias. El Estado no ha desarrollado con demasiada convicción sus obligaciones coordinadoras, y el marco de actuación resultante es incierto, de modo que la crisis de la COVID-19 ha sorprendido al sistema sanitario con cierta indeterminación sobre las atribuciones de cada parte y, sobre todo, sin que los mecanismos de coordinación garanticen el correcto cumplimiento de las decisiones que se van adoptando.

Y eso a pesar de que, para atender situaciones como la de la COVID-19, el Tribunal ha reconocido al Estado unas facultades de actuación más amplias, y ha considerado que "la coordinación, como competencia estatal inherente, persigue la integración de la diversidad de las partes o subsistemas en el conjunto o sistema, evitando contradicciones o reduciendo disfunciones que, de subsistir, impedirían o dificultarían, respectivamente la realidad misma del sistema y, por ello, su presupuesto lógico es la existencia de competencias autonómicas que deban ser coordinadas"[31].

Para delimitar el ámbito de la coordinación, el Tribunal Constitucional ha buscado un punto de equilibrio entre ambas posiciones: las del Estado y las autonómicas. Por un lado, considera que la coordinación actúa limitando "la plenitud competencial de las comunidades autónomas"; pero también fija los límites para la actuación del Estado, pues recuerda que "los medios y técnicas de coordinación deben respetar un margen de libre decisión o de discrecionalidad en favor de las Administraciones sujetas a la misma"[32].

Ante esta ambigüedad, son constantes y justificadas las dudas sobre el alcance de la coordinación. Por ello, y para suplir la escasa precisión en

---

[29] STC 32/1983. FJ 2.
[30] Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
[31] STC 102/1995. FJ 31.
[32] STC 109/1998. FJ 13.

la Ley, el Gobierno ha promovido la modificación de la Ley de Cohesión y Calidad con el reforzamiento de tres dispositivos coordinadores[33]. En primer lugar, el Sistema de Información Sanitaria, que establece la obligación autonómica de "aportar con carácter inmediato al Ministerio de Sanidad la información epidemiológica y la relativa a la capacidad asistencial que se requiera (…), así como las medidas de prevención, control y contención adoptadas por las comunidades autónomas y las entidades locales comprendidas en su ámbito territorial".

En segundo lugar, los Planes Integrales, previstos en el artículo 64, cuando se establece que el Consejo Interterritorial "elaborará planes integrales de salud sobre las patologías más prevalentes, relevantes o que supongan una especial carga sociofamiliar, garantizando una atención sanitaria integral, que comprenda su prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

Y, en tercer lugar, las Actuaciones Coordinadas en Salud Pública y Seguridad Alimentaria, previstas en el artículo 65 de la Ley. Son un instrumento de coordinación pensado para un escenario en el que coexisten diferentes Administraciones públicas. Su declaración "corresponderá al Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con audiencia de las comunidades directamente afectadas, salvo en situaciones de urgente necesidad, en cuyo caso se tomarán las medidas que sean estrictamente necesarias y se le informará de manera urgente de las medidas adoptadas".

Una vez asumida la coexistencia de medidas de diferentes Administraciones, las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas (DAC) han sido el instrumento más usado en estos meses y, sobre todo, en el de 30 de septiembre de 2020, con la finalidad de responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de la COVID-19[34].

Con estos instrumentos el Gobierno reconoce el papel del Consejo Interterritorial y considera que el legislador optó por que la coordinación se ejerciera con el concurso del Consejo. Pero en sentido estricto, la coordinación se ejerce mediante disposiciones dictadas por el Ministerio, aunque sea tras un previo acuerdo del Consejo Interterritorial. Sin embargo, subsiste una duda, ya que no se precisan las consecuencias que se derivan de la falta de acuerdo previo, ni los efectos de la postura contraria de una

---

[33] Modificación llevada a cabo mediante el Real Decreto Ley 21/20200, de 9 de junio, de medidas urgentes de prevención, contención y coordinación para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.

[34] La debilidad de este instrumento de coordinación quedó en entredicho posteriormente, ya que se formalizó mediante una Orden del Ministro, comunicada el mismo día, que fue incorporada al Derecho autonómico de Madrid mediante la Orden 1273/2020, pero que posteriormente no fue ratificada por el Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad de Madrid, precisamente por considerar insuficiente la legislación sanitaria para estos fines.

comunidad autónoma, ni su simple incumplimiento. Y sobre todo, hasta el momento no se ha explorado la posibilidad de que el Estado pueda instar acciones jurisdiccionales para hacer efectivo el cumplimiento de las medidas que desea llevar a la práctica.

Por todo lo expuesto, la crisis sanitaria ha avivado el interés sobre una mejor identificación de las competencias coordinadoras que en el sistema español de distribución de competencias se reserva al Estado.

3.2. Estructuras y medios administrativos para la coordinación

La crisis sanitaria no solo ha puesto de relieve los insuficientes instrumentos jurídicos, sino también la escasa atención que el Estado ha prestado a los medios humanos y materiales que necesita para ejercer sus competencias de coordinación.

Esta situación deriva del proceso de traspasos de medios y servicios a las comunidades. Aparentemente fue un procedimiento simple que se materializó en el cambio de adscripción de medios humanos, que pasaron a depender de las comunidades autónomas. Pero, visto desde la perspectiva actual, llama la atención que no se acompañara de una mayor reflexión y estudio sobre los medios que el Estado necesita. El Estado traspasó sus medios gestores, pero apenas modificó sus estructuras administrativas y encontró problemas para dotarse de profesionales con capacitaciones adecuadas para coordinar a los nuevos gestores, algo siempre complejo si tenemos en cuenta que estos se adscriben a Administraciones diferentes y no dependientes jerárquicamente. Esto suele generar desconfianza y solo puede superarse mediante el prestigio y la autoridad profesional de los empleados del Estado.

Adicionalmente, la escasa movilidad interterritorial del personal sanitario tampoco ha ayudado a cubrir esta insuficiencia, al no proporcionar al Estado recursos humanos con experiencia asistencial acreditada.

Como resultado de esta política de personal, la gestión de la COVID-19 deja al descubierto la insuficiencia de medios humanos y materiales disponibles en el Ministerio de Sanidad, y en concreto en la Dirección General de Salud Pública[35], pero sobre todo su distanciamiento de la gestión sanitaria tras veinte años desde que culminara el proceso de traspasos del antiguo INSALUD a las comunidades autónomas, que ha conducido a un insuficiente conocimiento de los problemas asistenciales diarios. Como se verá

[35] Según datos del Portal de Transparencia, en 2020, la Dirección General de Salud Pública cuenta con 90 puestos de trabajo. De estos, 57 se corresponden con puestos con formación superior.

más tarde, la crisis ha dispuesto de instituciones de cooperación, pero no de la cooperación directa entre unidades asistenciales.

El desarrollo del sistema autonómico también debería alertar sobre la necesidad de revisar los procedimientos y métodos de trabajo disponibles en el Estado para ejercer la coordinación y el liderazgo de las políticas públicas de cada sector. Pero este trabajo apenas se ha desarrollado en España y su carencia ha dificultado que la Administración del Estado haya completado su transformación de gestora en planificadora y evaluadora, y su dotación con equipos emprendedores. Este problema quedó en evidencia ante la pretensión de que el Ministerio de Sanidad desempeñara un papel central y casi monopolístico en la adquisición de material sanitario y para acudir a un mercado que probablemente sea desconocido para los perfiles profesionales de sus empleados.

En este escenario, ha resultado fundamental el apoyo del Instituto de Salud Carlos III, organismo público de investigación, adscrito orgánicamente al Ministerio de Ciencia e Innovación, pero funcionalmente también al Ministerio de Sanidad, que ha ayudado a suplir la limitación de medios del Ministerio[36]. En su condición de organismo investigador, su papel en la crisis puede compararse con el desempeñado en Alemania por el Instituto Robert Koch (IRK), aunque en el caso del Instituto Carlos III se ha cuestionado la limitación de sus medios y su peculiar doble adscripción. Además, se constata su ajenidad a la organización autonómica, mientras que el IRK alemán presta servicios directos a los *Länder* desde hace años. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud le atribuye la labor de fomentar la investigación en salud, y en su Estatuto[37] se prevé que las comunidades autónomas participen en sus órganos de gobierno y de las fundaciones a él vinculadas, aunque finalmente se ha limitado a que en su Consejo Rector participe un único representante de todas las comunidades autónomas, lo que parece muy insuficiente.

Esta situación ha llevado a la creación de organismos similares en comunidades autónomas, y pone de relieve un problema recurrente en el modelo autonómico: las dificultades para crear estructuras compartidas que presten servicios a todas las Administraciones y que sustituyan la tradicional dependencia de la Administración General del Estado por un nuevo modelo de apoyo a todas las comunidades autónomas. Este modelo alternativo apenas ha sido explorado, y tendría un efecto importante para mejorar la corresponsabilidad autonómica en la solución de problemas comunes.

---

[36] Según datos del Portal de Transparencia, en 2020 cuenta con 662 puestos de trabajo.

[37] Real Decreto 375/2001, de 6 de abril, por el que se aprueba el Estatuto del Instituto de Salud Carlos III.

Por ello, no es extraño el anuncio del Ministro de Sanidad sobre la posible creación del Centro Estatal de Salud Pública, previsto en el artículo 47 de la Ley General de Salud Pública y todavía no desarrollado[38].

El efecto de la limitación de los medios de que dispone el Ministerio es que el cumplimiento y el éxito de las medidas tomadas por el Gobierno dependen no solo de la disposición, sino también de la eficacia de las Administraciones autonómicas. Por ejemplo, respecto de los indicadores acordados por el Ministerio para avanzar en las fases de desescalada, no se discute que el Estado puede fijar objetivos, pero su efectividad requiere de medios y recursos humanos autonómicos suficientes, y también de la necesaria capacidad y eficacia organizativa, como se pudo constatar en episodios complejos, como el rastreo de los casos detectados, la verificación de los dispositivos de atención primaria disponibles en cada comunidad y, más recientemente, en los programas de vacunación. En especial, el desarrollo de la Estrategia de Vacunación exige una elevada eficacia logística, que, además, es objeto de permanente seguimiento y escrutinio por la opinión pública.

En todo caso, el propio Estado ha reconocido en los últimos meses su escasez organizativa con la creación de la Secretaría de Estado de Sanidad y de la Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación del Sistema Nacional de Salud, ya en el mes de agosto de 2020, al menos en cuanto al reforzamiento del equipo directivo y de la presencia institucional del Ministerio, ya que el Departamento ni siquiera tenía un Secretario de Estado al frente de esta materia[39].

4. La participación de las comunidades autónomas en la gobernanza de la crisis sanitaria

4.1. El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Naturaleza y funcionamiento

El silencio de la Constitución sobre las interacciones del sistema competencial se ha suplido explorando las alternativas apuntadas en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, mediante recurrentes llamamientos a la cooperación entre el Estado y las comunidades autónomas.

Son apelaciones frecuentes, pero también genéricas y no siempre precisas, por lo que tampoco esta alternativa ha resultado satisfactoria, de

---

[38] *Redacción Médica*. 26 de agosto de 2020.

[39] Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad.

modo que la falta de claridad del Tribunal ha incrementado la queja generalizada sobre el funcionamiento de la cooperación en el Estado autonómico. Su regulación, llevada a cabo en las leyes administrativas de 1992, reformada en 1999 y 2015, tampoco ha mejorado su práctica. Es cierto que, aunque muy desigualmente, el sistema de conferencias sectoriales se ha consolidado, pero su actividad muchas veces ha sido meramente simbólica. Además, tampoco las leyes sectoriales se han preocupado por aportar ideas innovadoras ni soluciones precisas para abordar problemas efectivos que quedan sin aclarar.

A ello puede haber colaborado una jurisprudencia constitucional excesivamente cauta, y, sobre todo, la opinión del Tribunal de que la cooperación debía ser siempre voluntaria, un requisito que no ayuda a resolver situaciones administrativas del día a día y para las que no valen las genéricas apelaciones a la cooperación.

La Ley de Régimen Jurídico del Sector Público ha intentado limitar este problema incluyendo en su artículo 141 el deber de colaboración como un género diferente de la cooperación voluntaria. Es una pretensión que se inspiró directamente en el Derecho comunitario europeo, pues no tiene sentido que la Unión Europea establezca la obligatoriedad de la cooperación entre los Estados y con las instituciones comunitarias, mientras que en España la cooperación interadministrativa no pasa de ser un objetivo de buena práctica política, cuando la crisis de la COVID-19 la exige como imprescindible.

Esta distinción puede cuestionarse, pues el legislador puede pretender ampliar el marco de la coordinación o, al menos, reconocerle al Estado otros instrumentos para poder resolver situaciones complejas. Pero, en la práctica, no ha habido oportunidad aún para que la jurisprudencia valore la adecuación de esta novedad a su arraigada doctrina de la cooperación voluntaria.

Ante estas dificultades, en el ámbito sanitario la cooperación se ha depositado en un órgano específico, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, del que forman parte el ministro y los 17 consejeros autonómicos. Ha experimentado en sus cuarenta años de vida un notable desarrollo y continuidad. Se ha dotado de un reglamento propio y, para el desarrollo técnico de su trabajo, ha ido creando hasta 19 órganos de apoyo, comisiones sectoriales, grupos de trabajo o ponencias específicas para temas determinados, que en 2018 celebraron un total de 61 reuniones. Durante 2019 el Consejo alcanzó su reunión número 124, adoptó 22 acuerdos y tomó conocimiento de más de 40 informes. Toda una prueba de su consolidación que avala que sea considerado el órgano de cooperación más completo del sistema autonómico español. Durante 2020 celebró 82 reuniones, cuando la media en los últimos años se cifraba en torno a 4.

Además, los miembros del Consejo suelen ser profesionales de la sanidad, y su conocimiento detallado de la materia ha demostrado la adecuación del órgano a las exigencias de la crisis de la COVID-19, a pesar de las críticas.

A efectos de pandemia, interesa especialmente la actividad de la Comisión de Salud Pública, con 9 reuniones celebradas en 2018; la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica, con 2 reuniones; la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, con 5; y la Ponencia de Alertas de Salud Pública y Planes de Preparación y Respuesta, con 1 reunión en 2018[40]. A la espera de la Memoria de 2020 es evidente que estos números han sido ampliamente desbordados durante este año, y que las reuniones mediante videoconferencia han ayudado a incrementar su frecuencia, aunque esta forma de comunicación no sea la más adecuada para mejorar la confianza mutua y facilitar la adopción de compromisos.

La regulación jurídica del Consejo se llevó a cabo, primero, en la Ley General de Sanidad y, luego, en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. En ellas se le califica como "órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información de los servicios de salud entre ellos y con la Administración del Estado, que tiene como finalidad promover la cohesión del Sistema Nacional de Salud". El Consejo Interterritorial también encaja en la descripción de las conferencias sectoriales en la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público, por lo que su marco jurídico también es el previsto en esta Ley para estos órganos. Por ello, muchas de las críticas expresadas sobre las conferencias sectoriales son válidas también para el Consejo Interterritorial (Pérez, 2020).

Ahora bien, la caracterización literal del Consejo en las leyes citadas plantea de forma indirecta un problema que ha inducido a una mala comprensión de su papel en la crisis de la COVID-19. La Ley lo define, simultáneamente, como un órgano de cooperación y de coordinación, sin que en la práctica se distinga cuando actúa de una u otra manera y sin tener en cuenta que las competencias de cada Administración son diferentes en uno y otro caso. Y de esta dualidad se ha derivado cierta confusión que ha estado presente durante la pandemia, pues posiblemente la opinión pública ha sobrevalorado su papel coordinador, sus posibilidades codecisoras y ha esperado de sus reuniones una gobernanza efectiva y coherente en todo el territorio.

En cuanto órgano de cooperación, las partes intervienen desde su plenitud competencial y de manera voluntaria. Cada comunidad participa en los efectos de sus decisiones, pero siempre y cuando manifieste su

[40] Se aportan los datos incluidos en la Memoria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 2018, último año publicado. Disponible en https://www.mscbs.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/actividadCisns18.pdf

conformidad o formalice los acuerdos del Consejo mediante una actuación posterior propia. Por lo tanto, y como quiera que la adopción de decisiones conjuntas carece de efectos directos en el ordenamiento jurídico español, en la práctica se reduce a expresar un acuerdo sobre un objetivo compartido, pero carente de aplicación inmediata y de efectos directos para los administrados.

Una situación diferente es cuando el Consejo Interterritorial interviene y mantiene debates como un órgano consultivo para el ejercicio de las competencias de coordinación por parte del Gobierno. En este caso, a través del Consejo se hace efectivo el derecho a participar de las comunidades autónomas en las decisiones del Estado, a ser oídas y atendidas, pero sin que esta intervención menoscabe o condicione la capacidad del Estado de adoptar disposiciones de finalidad coordinadora. Esta participación del Consejo se produce solo a efectos consultivos.

En todo caso, en la práctica resulta muy complejo diferenciar cuándo el Consejo actúa de acuerdo con la primera o la segunda acepción. Es más, en los temas incluidos en sus órdenes del día no se califica competencialmente el título que ampara cada uno, y ello a pesar de que lo requiere el artículo 149.2 de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público, que establece que "deberá especificar el carácter consultivo, decisorio o de coordinación de cada uno de los asuntos a tratar". Parece incluso que este tema hasta ahora ha sido esquivado, pero que resurge con fuerza con los debates y decisiones tomadas en el momento de la pandemia.

Desde una perspectiva crítica, se ha apreciado falta de transparencia en los debates mantenidos en estos meses, e incluso muchos de los acuerdos anunciados como tales en notas de prensa del Ministerio de Sanidad no se han publicado posteriormente en el Boletín Oficial del Estado, lo que supone un incumplimiento de lo previsto en la Ley y un impedimento para disponer de la información del trabajo del Consejo. Adicionalmente, algunas decisiones han sido trasladadas a las comunidades autónomas mediante Órdenes comunicadas, como el ya citado acuerdo de 30 de septiembre de 2020, lo que agrava la falta de transparencia.

4.2. La gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Los acuerdos del Consejo Interterritorial y su obligatoriedad

Uno de los temas más conflictivos, y como tal puesto de relieve durante la pandemia, es la forma de adopción de los acuerdos del Consejo. Como se ha indicado, en principio, y según lo establecido en la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público aprobada en 2015, su vinculación se limita a las partes que han votado a favor, tal como aparecía ya en la anterior regulación de 1992. Pero esta Ley, aún reciente, incorpora una segunda y

novedosa referencia, ya que las decisiones de las conferencias sectoriales, y entre ellas el Consejo, pueden ser obligatorias "cuando la Administración General del Estado ejerza funciones de coordinación, de acuerdo con el orden constitucional de distribución de competencias del ámbito material respectivo". En ese caso, "será de obligado cumplimiento para todas las Administraciones Públicas integrantes de la Conferencia Sectorial, con independencia del sentido de su voto".

Esta posibilidad, que depende en última instancia de un análisis jurídico de cada caso no exento de posibles discrepancias, no ha sido desarrollada ni comprendida debidamente. Es más, ha dado pie a diferentes interpretaciones entre las partes que, incluso, han derivado en situaciones conflictivas, como la planteada tras el acuerdo de 30 de septiembre por la Comunidad de Madrid.

En el conflicto planteado sobre dicho acuerdo, la Comunidad de Madrid esgrimió la literalidad del reglamento del Consejo, y puso de relieve que los acuerdos solo obligan a las Administraciones que se han manifestado a favor de su adopción, con lo que esta comunidad resultaría excluida, al haber votado en contra. La postura de la Administración del Estado fue muy diferente alegando la nueva Ley y, en concreto, la obligatoriedad de aquellos acuerdos referidos a materias sobre las que el Estado ostenta el título competencial de coordinación.

En último término, puede decirse que la causa de la discrepancia con la Comunidad de Madrid es la inadaptación del vigente Reglamento del Consejo, de 23 de julio de 2003, a las nuevas previsiones de la Ley, ya que se limita en su artículo 14 a establecer que "se plasmarán a través de recomendaciones, que se aprobarán, en su caso, por consenso".

Es cierto que esta pretensión de la Ley peca de teórica y en la práctica puede ser irrelevante, porque tampoco los acuerdos aportan plenas garantías de cumplimiento, pues el Estado raramente dispone de mecanismos para asegurarse el cumplimiento efectivo de los acuerdos adoptados, que siempre quedan condicionados por la voluntad de las Administraciones autonómicas.

Además, en la práctica, a pesar de ser uno de los temas que con más frecuencia se discute, su importancia suele ser menor. En primer lugar, porque las votaciones en las reuniones de estos órganos no son frecuentes ni habituales, sino más bien excepcionales.

Pero, sobre todo, porque el verdadero ejercicio de las competencias estatales de coordinación se formaliza mediante actos unilaterales del Estado, normalmente una disposición dictada al amparo del artículo 149.1. 16º de la Constitución, que además le permite eludir el resultado de votaciones adversas. Con total claridad, el propio Tribunal Constitucional ha

establecido que "lo que el principio de lealtad constitucional exige es que el Gobierno extreme el celo por llegar a acuerdos con las Comunidades Autónomas, pero no que dichos acuerdos deban ser vinculantes"[41].

Es decir, la consideración del Consejo como órgano de coordinación responde a una autolimitación que el Estado se fija en el ejercicio de sus competencias para fomentar la conformidad autonómica, pero no sustituye sus competencias. Las medidas de coordinación no son el resultado de un acuerdo del Consejo, sino de una disposición o acto del Estado, al margen de que pueda o no ser consultado en el seno del Consejo. El debate en este órgano tiene un valor político indudable, pero no aporta mayor obligatoriedad que una norma estatal.

Esto no ha impedido que el Gobierno haya incentivado la actividad del Consejo, incluso con reuniones semanales; pero, consciente de su limitada fuerza coordinadora, sus propuestas se han orientado a la adopción de un marco de referencia que consiste en obligaciones mínimas y comunes y que dejan un margen para su desarrollo por las comunidades. Con ello, el Gobierno ha optado por una solución realista.

Esta opción, sin embargo, no excluye que se pudieran analizar otras posibilidades y, en especial, la consideración del Consejo Interterritorial como un hipotético órgano de dirección estratégica del Sistema Nacional de Salud[42]. Es decir, una configuración del Consejo que vaya más allá de su actual caracterización, y al que las comunidades reconocieran un papel rector de un sistema integrado del que forman parte.

En esta línea, la experiencia del sistema de cooperación, la complejidad competencial, y sobre todo las crecientes interrelaciones funcionales, han animado a la Administración del Estado a la búsqueda de fórmulas e instrumentos que ordenen los medios y recursos disponibles en la práctica con un criterio común, que garantice la coherencia de una determinada política pública. Fue así como se identificó en su inicio el Sistema Nacional de Salud, y más tarde se identifican con la misma vocación de integración el Sistema de Dependencia, el Sistema Nacional de Empleo, el Sistema Educativo Español o, con relevancia menor, el Sistema Nacional de Protección Civil, el Sistema Estadístico Nacional o el Sistema Geográfico Nacional.

En estos casos, el Gobierno se fija el objetivo de incorporar los servicios públicos de los diferentes niveles en un sistema único dotado de un método de dirección común, en el que se garantice el seguimiento de las mismas pautas para asegurar la unidad de acción en todo el territorio.

---

[41] STC 209/1990, de 20 de diciembre. FJ 4; STC 13/2007, de 18 de enero. FJ 11; y STC 31/2010, de 28 de junio. FJ 138.

[42] Posibilidad ya prevista en la Recomendación nº4 del denominado Informe Abril Martorell, de Reforma de la Sanidad, presentado el 25 de septiembre de 1991.

Interesa y se aspira a dotar de coherencia las actuaciones de las diferentes Administraciones, incluyendo las funciones, objetivos y recursos humanos y presupuestarios de los que disponen todas ellas para una misma política pública.

Desde la perspectiva constitucional, esta calificación no pasa de nominal, casi retórica, pues la distribución de competencias no permite ningún sistema formalizado de cogobernanza o de adopción de decisiones compartidas, obligatorias para todos, aunque el legislador haya incorporado sin problemas el término "Sistema".

Es indudable que es un modelo atractivo, que va más allá de lo esperado en 1978 y de la interpretación literal del Tribunal Constitucional. Y, sobre todo, es un modelo que parece coincidir con las demandas de la opinión pública, por lo que sus objetivos han cobrado actualidad con motivo de la crisis sanitaria, cuando la ciudadanía reclama unidad de acción.

Pero las dificultades para avanzar en esta aspiración son evidentes. La crisis pone al descubierto que el Sistema Nacional de Salud dispone de un órgano de cooperación experimentado, pero no de un mecanismo que garantice ni el gobierno compartido ni la obligatoriedad de sus decisiones más allá de la libre aceptación por parte de las diferentes comunidades autónomas. Así ha puesto al descubierto situaciones que solo pueden abordarse mediante la adopción por el Gobierno de normas amparadas en el título competencial de "coordinación" sanitaria.

Además, este hipotético funcionamiento del Consejo supondría una mayor asunción de las interdependencias entre las actuaciones de todas las Administraciones y, a la larga, una aproximación al modelo de federalismo de ejecución alemán, que en la práctica reserva las decisiones normativas a la Federación y tiende a reducir las de los *Länder* a la mera ejecución.

En todo caso, la posible concepción del Consejo como un órgano colegiado que adopta decisiones obligatorias para todo el Sistema y para todas las Administraciones no parece que pueda encajar hoy en día en el sistema constitucional de atribución de competencias ni en la jurisprudencia constitucional.

4.3. Acuerdos técnicos y decisiones políticas en la gestión de la crisis

Conscientes de las dificultades para hacer efectivas sus medidas coordinadoras, el Gobierno ha pretendido reforzar su papel rector del Sistema Nacional de Salud impulsando la cooperación en el nivel técnico, promoviendo y concluyendo trabajos técnicos compartidos que ponen de relieve el acuerdo de los expertos en torno a las certezas sobre la pandemia y su tratamiento. Es decir, un sistema de cooperación ascendente que legitima

su posición directiva y coordinadora, similar al método comunitario usado en las instituciones de la Unión Europea.

Este objetivo del Gobierno es más intenso con la recuperación de las competencias autonómicas y el final del periodo de alarma, cuando busca vías que preserven, en la medida de lo posible, la unidad de acción y coherencia de las actuaciones de todas las comunidades.

En este sentido el Consejo ha satisfecho, en líneas generales, estas expectativas, aunque para ello los acuerdos hayan tenido que ser relativamente pocos, extensos, pero con un contenido decisional muy limitado, incluso a veces meramente descriptivos, sin que en ningún caso supongan una autolimitación de las decisiones políticas que puede tomar cada comunidad. Como se ha dicho, la obligatoriedad de comportamiento para las comunidades autónomas ha derivado en todo momento de las normas coordinadoras del Gobierno.

Por lo tanto, la intervención del Consejo se ha circunscrito a unos objetivos secundarios, orientados a la conformidad sobre conceptos y propuestas técnicas, pero sin alcanzar la condición de decisión política. La prueba de ello es el escasísimo número de acuerdos adoptados y publicados en el BOE en este periodo.

En esta línea, los principales documentos de contenido técnico, básicamente destinados a profesionales sanitarios, y con un alcance político menor, tratados por el Consejo y sus órganos de apoyo han sido los siguientes:

• El documento de Interpretación de las Pruebas Diagnósticas frente a SARS-CoV-2, de 24 de abril de 2020, elaborado por el Instituto de Salud Carlos III y aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.

• La Guía para la Toma y Transporte de Muestras para Diagnóstico por PCR de SARS-CoV-2, de 18 de mayo de 2020, elaborada por el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, del Ministerio de Sanidad.

• La Guía de Actuación ante la Aparición de Casos de COVID-19 en Centros Educativos, de 24 de septiembre de 2020, aprobada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.

• El documento sobre el Procedimiento para los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales frente a la Exposición al SARS-CoV-2, de 21 de diciembre de 2020, aprobado por la Ponencia de Salud Laboral y por la Comisión de Salud Pública.

• La Estrategia de Detección Precoz, Vigilancia y Control de COVID-19, aprobada por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y

Respuesta y por la Comisión de Salud Pública, y presentada al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y que se encuentra en permanente revisión.

A pesar de todo, este sistema de cooperación ascendente, que parte de un trabajo y acuerdo técnico que posteriormente es elevado a los órganos superiores de cooperación, también ha generado otros documentos, con una finalidad más ambiciosa, que han sido debatidos por el Consejo Interterritorial en pleno.

El primero de ellos fue el Plan de Respuesta Temprana, acordado por el Consejo Interterritorial el 16 de julio de 2020. Su finalidad es la armonización de actuaciones en todo el territorio nacional, teniendo en cuenta las directrices del Ministerio y las recomendaciones de la Unión Europea y la Organización Mundial de la Salud. Para ello, se atribuye a la Comisión de Salud Pública garantizar que las medidas de control establecidas para cada escenario se adoptan coordinadamente en todas las comunidades, así como la equidad en el acceso a los recursos sanitarios. De hecho, supone una ordenación de las obligaciones autonómicas en un documento de apoyo de las medidas que debe tomar cada comunidad autónoma respecto de sus propios servicios, fijándose tres objetivos: diseñar las bases de la preparación y la respuesta en el escenario actual y en posibles escenarios futuros para el control de la enfermedad; establecer un marco de evaluación del riesgo asociado a la información disponible; y recomendar intervenciones en salud pública proporcionales al nivel de riesgo. Para ello, establece indicadores de alerta que permiten conocer el estado de cada comunidad en cuatro ámbitos: situación epidemiológica, asistencia sanitaria, control epidemiológico y atención primaria.

Poco después, se pretende reforzar las decisiones coordinadoras del Consejo y se modificó la Ley de Cohesión y Calidad, introduciendo las denominadas Declaraciones de Actuaciones Coordinadas, que han sido usadas hasta en 5 ocasiones.

La primera fue la Declaración de Actuaciones Coordinadas para Controlar la Transmisión de la COVID-19, aprobada por el Consejo el 14 de agosto de 2020, y posteriormente objeto de Orden comunicada del Ministro de Sanidad. Su contenido es básicamente preventivo y se orienta al control de la transmisión en los ámbitos donde se localizaba el origen de los brotes epidémicos de mayor impacto y las actividades en las que se ha detectado mayor índice de contagios. Además, se acuerda la realización de pruebas PCR en aquellas poblaciones de riesgo y potencialmente expuestas, junto a limitaciones del consumo de alcohol y tabaco en la calle. Es decir, este acuerdo contempla medidas cuyos destinatarios son en algunos casos las Administraciones sanitarias, otras veces la ciudadanía en general y otras veces determinados sectores de la actividad económica, lo que requiere de

las normas posteriores dictadas por cada comunidad. En este caso, estas medidas son objeto de un consenso generalizado y, por lo tanto, son acordadas por unanimidad.

La segunda Declaración se adoptó el 27 de agosto, y se refería al inicio del curso escolar 2020-2021. El 9 de septiembre se acordaron unas nuevas Declaraciones referentes a la vacunación, cribados y coordinación con las entidades locales.

Este mismo instrumento es usado el 30 de septiembre de 2020[43]. Tiene un contenido mucho más ambicioso al establecer un marco de obligaciones para las comunidades autónomas, que han de adoptar medidas en los municipios de más de 100.000 habitantes de su territorio cuando se alcancen determinados índices de contagio. Además, impone una serie de limitaciones a la movilidad de todos los ciudadanos. Sin duda por esta causa, fue aprobada con los votos en contra de cuatro comunidades –Cataluña, Galicia, Andalucía y Madrid– y de la Ciudad de Ceuta, así como con la abstención de Murcia. Como resultado de las discrepancias formuladas, la Comunidad de Madrid planteó un recurso contencioso-administrativo contra la Orden del Ministro de Sanidad en el que sostenía que no se había alcanzado un acuerdo en el Consejo Interterritorial, por entender que carecía del preceptivo consenso que exige su reglamento.

Unas nuevas Actuaciones de Respuesta Coordinadas para el Control de la Transmisión de la COVID-19, elaboradas por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta, fueron aprobadas por la Comisión de Salud Pública y acordadas el 22 de octubre de 2020, por el Pleno del Consejo Interterritorial, en revisión permanente. Es otro trabajo de contenido técnico, que establece criterios comunes para la interpretación de los indicadores epidemiológicos, acordado por todas las comunidades y que permite que estas adopten medidas complementarias. Su objetivo es permitir a cada comunidad evaluar el riesgo, establecer un nivel de alerta y adoptar medidas proporcionales, adaptables a la situación y al contexto de cada territorio. Técnicamente supone un desarrollo del Plan de Respuesta Temprana, de 16 de julio, que se ajusta a la situación epidemiológica de cada momento.

El 28 de octubre se acordó la prohibición de público en los eventos deportivos internacionales.

Un documento de gran relevancia, sobre todo por sus efectos directos y expectativas para la población, y conocido por el Consejo Interterritorial, es la Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19 en España, de 18 de diciembre de 2020, elaborada por el Grupo de Trabajo Técnico de Vacunación

[43] Acuerdo publicado en el Boletín Oficial del Estado. 1 de octubre de 2020.

COVID-19, adscrito a la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones, sujeto a permanente revisión y que ha generado ya cinco actualizaciones sucesivas. La última, el 30 de marzo de 2021.

Aborda tres aspectos clave: el orden de prioridades en la vacunación, la forma de protección a los más vulnerables y una distribución equitativa. Y para ello, el grupo de trabajo delimitó tres etapas de priorización en función de la disponibilidad de dosis en cada momento, de acuerdo con un marco ético donde prevalecen los principios de igualdad y dignidad de derechos, necesidad, equidad, protección a la discapacidad y al menor, reciprocidad y solidaridad. Para establecer la priorización de los grupos a vacunar en la primera etapa, se han analizado cuatro criterios: el riesgo de morbilidad grave y mortalidad, el riesgo de exposición, el riesgo de impacto socioeconómico y el riesgo de transmisión.

La última de las Declaraciones de Actuaciones Coordinadas fue adoptada el 10 de marzo de 2021 y se refiere a las restricciones impuestas con motivo de la festividad de San José y de la Semana Santa, con el voto en contra de la Comunidad de Madrid y sin que la Comunidad Autónoma de Cataluña hiciera uso de su derecho al voto. Vuelve a regular, de forma especial y para este periodo, las tres cuestiones centrales ya abordadas con anterioridad: las limitaciones a la movilidad territorial, las limitaciones en horario nocturno y la limitación de permanencia de grupos en espacios públicos o privados. También aborda cuatro Recomendaciones, destacando las referidas a la comunicación conjunta destinada a la ciudadanía o a la coordinación con las entidades locales, ambas con un eco y efectos muy discretos.

4.4. La Conferencia de Presidentes y las Conferencias Sectoriales

Conforme el Gobierno va adoptando medidas para abordar el problema sanitario y se comienzan a percibir sus efectos en la actividad económica, la disminución de la actividad laboral, la pérdida de renta y el consecuente bienestar de la población, paradójicamente las medidas destinadas a proteger a la población convierten el problema sanitario en una crisis total que afecta a la vida diaria del país.

La crisis deja de ser un problema exclusivo de las autoridades sanitarias y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y se traslada también a la Conferencia de Presidentes, en cuanto órgano de cooperación multisectorial que discute los problemas generados en los diferentes sectores.

Sin embargo, así como el Consejo Interterritorial contaba en marzo de 2020 con una trayectoria suficiente para hacer frente a la crisis, la

Conferencia de Presidentes adolece de falta de experiencias anteriores que aseguren su idoneidad.

De inicio, la Conferencia no se reunía desde hacía más de tres años, el 17 de enero de 2017. Teniendo en cuenta que su primera reunión tuvo lugar 28 de octubre de 2004, esto quiere decir que desde su constitución la Conferencia había celebrado solo seis reuniones en dieciséis años. Es obvio que se trata de una actividad muy insuficiente para que pudiera ser valorada como un órgano adecuado. Además, su prestigio estaba aún más erosionado por la ausencia de País Vasco y Cataluña en aquella última reunión, y por las serias dudas sobre su participación en nuevas convocatorias.

A pesar de estos evidentes déficits, el debate sobre la crisis se trasladó a la Conferencia prácticamente de inmediato. Las reuniones se iniciaron el 15 de marzo de 2020, mediante videoconferencia, y se suceden catorce, cada semana, con este mismo formato y durante tres meses, la última el 14 de junio. Tras la primera reunión, se hizo pública una Declaración de Intenciones, muy genérica, pero en la que no se detalla la forma cómo se hará efectivo el objetivo declarado de trabajar conjuntamente. Es la primera y última Declaración, que, además, Cataluña no suscribió.

Ahora bien, sus resultados no han sido suficientes para considerar que se trata de un órgano de toma de decisiones compartidas, lo que podría esperarse como una consecuencia lógica de la aspiración a la cogobernanza.

Al referirse a ella, la ministra de Política Territorial y Función Pública, que ejercía como secretaria de la Conferencia, resalta la "unidad de acción entre las comunidades autónomas y el Reino de España"[44], pero elude detalles sobre la adopción de decisiones, como sería de esperar y se prevé en su reglamento adoptado en 2010 y reformado en 2017. Es más, indirectamente asume la falta de participación autonómica en la toma de decisiones cuando reconoce que "el presidente ha ido compartiendo con los presidentes y presidentas la evolución de la pandemia, las medidas que en cada momento el Gobierno de España había ido acordando". La Conferencia de Presidentes se sitúa así en un espacio meramente informativo.

En consonancia, la valoración que hacen los presidentes autonómicos de estas reuniones dista de ser positiva. Así, el presidente de Cantabria confiesa que "nunca hemos tenido la impresión de que lo que estábamos planteando se fuese a llevar a cabo", rematando que "los presidentes hemos pintado cero en esta coyuntura. Se hablaba de la autoridad competente, y de ese modo la delegada del Gobierno en cada territorio se ha convertido

[44] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas. 30 de abril de 2020, p. 5.

en una especie de antiguo gobernador o gobernadora civil"[45]. El presidente de Castilla y León indica que "nos enterábamos de las decisiones por la televisión el día antes de la Conferencia de Presidentes, sin consultarnos ni escucharnos"[46].

Con mayor intencionalidad política, el presidente de la Generalitat y, en menor medida, el *lehendakari* del Gobierno Vasco trasladaron su malestar por lo que consideran una "invasión" y "confiscación" de competencias que, a su juicio, implica el estado de alarma. Con mayor detalle, el *lehendakari* no ocultó su "disconformidad" cuando tras la videoconferencia declara: "El real decreto establece que todos los cuerpos de policía autonómicos y locales dependerán del ministro del Interior. Además, todas las autoridades civiles de las Administraciones Públicas, en particular las sanitarias, quedan bajo las órdenes directas del ministro de Sanidad". Mi disposición a colaborar es total, pero colaboración no es imposición", aunque se comprometió "por responsabilidad con el cumplimiento del real decreto"[47].

Desde otra perspectiva, destaca la posición de la presidenta de la Comunidad de Madrid, primero reprochando al Gobierno no haber actuado con rapidez, más tarde ausentándose en alguna reunión, cuestionando el método de trabajo y discrepando abiertamente de las medidas propuestas. Pero, sobre todo, por ser la comunidad que presta más atención a los efectos económicos de la pandemia, hasta situarlos casi al mismo nivel que los efectos sanitarios: "Después de lo que significa el motor económico de la Comunidad de Madrid para el conjunto de España, les diré que van a arruinarnos (…). Si nos fuéramos a las Navidades, como incluso propuso una ministra, supondría la pérdida de más de un millón de empleos en la Comunidad de Madrid. Esto ya no va a ser solo una catástrofe sanitaria sino social y económica sin precedentes"[48].

Desde el 15 de marzo, solo se celebra una Conferencia de Presidentes presencial, en San Millán de la Cogolla (La Rioja), el 31 de julio de 2020, con la ausencia de Cataluña y la incorporación a última hora del País Vasco, pues la presencialidad se refuerza en este caso al tratarse el reparto de los fondos de reconstrucción de la Unión Europea. La transparencia en un tema tan relevante vuelve a ser escasa, aunque se anuncia la creación de una nueva Conferencia Sectorial con este objeto, cuya constitución se retrasó durante meses, hasta el 22 de enero de 2021.

---

[45] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas. 30 de abril de 2020, p. 15.

[46] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas. 30 de abril de 2020, p. 21.

[47] *El Correo*, 15 de marzo de 2020.

[48] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas. 30 de abril de 2020, p. 18.

Si nos atenemos a las noticias trasladadas por sus participantes, no parece que estas reuniones hayan ayudado a precisar las medidas a tomar. No se distribuyen notas de prensa explicativas ni mucho menos documentos que resuman la reunión y las posiciones de las partes, como se ha sugerido que sería recomendable (Pérez, 2020). Es más, la única fuente disponible sobre su contenido son las declaraciones de sus miembros en medios informativos o en las Asambleas legislativas.

Tampoco se han celebrado las reuniones previas del Comité de Preparación, Impulso y Seguimiento, al que le corresponde fijar el orden del día según el reglamento, un requisito que se elude sistemáticamente. Por todo ello, la valoración negativa de las intervenciones de la Conferencia de Presidentes en la crisis sanitaria es resumida con estas palabras por el consejero vasco de Gobernanza Pública y Autogobierno, Erkoreka, cuando decía: "Se ha perdido una segunda ocasión, señora ministra, la ocasión de aprovechar la crisis sanitaria para fortalecer y consolidar un órgano de tan penosa trayectoria como el de la Conferencia de Presidentes (…). Como se sabe, este órgano no se reunía desde enero del año 2017. En aquella sesión, hace ya más de tres años, se acordó expresamente crear un llamado Comité Preparatorio de Impulso y Seguimiento, que se reunió por última vez en enero del 2019 (…). No se han adoptado ni acuerdos ni recomendaciones. En puridad, solo han servido para que el presidente del Gobierno participara a los presidentes de las comunidades autónomas de las decisiones que ya estaban adoptadas, publicadas y comunicadas en rueda de prensa al común de la ciudadanía"[49]. A falta de la reunión preparatoria, el presidente marca la agenda de la reunión de forma unilateral.

En el curso de la gestión, la Conferencia de Presidentes se ha movido entre las dudas del Gobierno de reconocerle un mayor contenido decisor y la presión autonómica para obtener mayor capacidad para tomar sus propias decisiones, sin olvidar su papel de contrapeso del amplio poder que el estado de alarma otorga al Gobierno.

Aunque durante los últimos nueve meses solo haya celebrado tres reuniones, sigue siendo una figura imprescindible, y a pesar de todo se le otorga un papel activo en la continuidad del estado de alarma, en concreto en el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, que prevé que pueda solicitar al Gobierno su levantamiento, transcurridos cuatro meses y previo acuerdo favorable del Consejo Interterritorial. Una previsión sorprendente si se considera la intermitencia de sus reuniones.

Los múltiples efectos de la crisis han hecho que otras Conferencias sectoriales hayan tratado los efectos de esta en su ámbito de actuación. Por

[49] Diario de Sesiones. Senado. Comisión General de las Comunidades Autónomas. 30 de abril de 2020, p. 25.

todo ello, el número total acumulado de reuniones de las Conferencias en 2020 asciende a 166, frente a las 49 celebradas en 2019.

Por las repercusiones en las cuestiones educativas, la preocupación por la COVID-19 tiene un especial eco en la Conferencia Sectorial de Educación, muy sensible a la interrupción de la enseñanza presencial[50]. Ha celebrado 8 reuniones en 2020, un número también muy superior al habitual y ha generado documentos técnicos de referencia, en especial la Guía de Actuaciones en Centros Educativos, de 24 de septiembre. Además, el 11 de junio adoptó unos Acuerdos sobre el desarrollo del curso 2020-2021[51]. La actuación autonómica en este ámbito es observada con interés al servir de pauta para decidir las medidas a adoptar en otros sectores de actividad. Lo mismo puede decirse de la Conferencia General de Política Universitaria.

Las necesidades de recursos humanos han sido abordadas por la Conferencia Sectorial de Administración Pública, debatiéndose los efectos sobre el empleo público y la tasa de reposición, que reabre el debate sobre la reducción de medios en los últimos años. También los efectos de la COVID-19 fueron tratados en la Conferencia Sectorial de Agricultura y Desarrollo Rural, por la falta de trabajadores en la agricultura de temporada y los efectos de la movilidad en la difusión del virus. Y también se ha tratado en la Conferencia Sectorial de Comercio Interior, que adoptó el 16 de junio de 2020 un Acuerdo referido a los aspectos sanitarios del comercio[52].

Un tratamiento especial merece la actividad del Consejo de Política Fiscal y Financiera, que debería haber sido clave, si tenemos en cuenta los efectos presupuestarios, con incremento de gastos y reducción de ingresos derivados de la crisis[53], y que han sido atendidos parcialmente con aportaciones del Estado. Sin embargo, esta importancia no ha sido suficiente para dinamizar al Consejo, cuya actividad se ve lastrada excesivamente por los retrasos en la reforma del sistema de financiación.

A pesar de todo, este órgano de cooperación, el que normalmente más atención atrae, se reunió el 5 de octubre de 2020, pero como hace cada año para debatir un tema solo indirectamente relacionado con los efectos de la crisis, los objetivos de estabilidad presupuestaria. La excepcionalidad del momento fue asumida por el Ministerio de Hacienda, que propuso

---

[50] No puede olvidarse que entre las primeras decisiones para hacer frente a la COVID-19 ocupan un lugar destacado las referentes a la interrupción de la educación presencial.

[51] Publicado en el Boletín Oficial del Estado. 24 de junio de 2020.

[52] Publicado en el Boletín Oficial del Estado. 23 de junio de 2020.

[53] La Generalitat de Catalunya cifra el coste de la epidemia para su presupuesto, hasta el 31 de diciembre de 2020, en más de 5.128 M€, 3.826 M€ por incremento de gastos y 1.302 M€ por reducción de la recaudación tributaria. *El Periódico de Catalunya*. 30 de diciembre de 2020.

objetivos de déficit más generosos, que fueron acordados. Además, como una aportación especial, el ministerio se comprometió a asumir la mitad del desfase presupuestario generado mediante una transferencia extraordinaria de 13.486 millones de euros, cuyo reparto tendría que debatirse en el Congreso. Sin embargo, no se posibilitó un debate más profundo sobre los efectos de la crisis en las finanzas autonómicas y los correspondientes incrementos de gasto, sobre todo sanitario.

Para paliar el problema, el Estado aportó en el Real Decreto Ley 22/2020, un total de 16.000 millones de euros para colaborar a estos gastos especiales y suplir la caída de la recaudación fiscal, pero mediante una decisión unilateral del Gobierno y tomada al margen del sistema de cooperación. Es más, las cantidades a percibir por cada comunidad autónoma se fijaron en cuatro Órdenes del Ministerio de Hacienda, sin tener en cuenta el procedimiento de distribución ordinaria previsto en el artículo 86 de la Ley General Presupuestaria. Esta forma de decisión unilateral del Gobierno evitó el debate público sobre los criterios empleados.

Por todo ello, la crisis sanitaria ha puesto de relieve la trascendencia de que corresponda al Estado determinar la política tributaria y su distribución, lo que permite al Gobierno disponer de una capacidad de intervención indirecta en los asuntos autonómicos que limita muy seriamente la autonomía política.

Al margen de estas actuaciones, en otras áreas se ha echado en falta un sistema de cooperación más ambicioso que buscara la coordinación y encaje de otro tipo de medidas, como el apoyo a los productores y a la actividad económica que han impulsado tanto el Estado como las comunidades autónomas, que podría haberse abordado en una hipotética Conferencia Sectorial de Política Económica de la que por el momento no se dispone en España.

4.5. El papel del Senado en la gestión de la crisis sanitaria

En el análisis de la gobernanza de la COVID-19 resulta muy significativa la casi absoluta ausencia del Senado como foro de intercambio de opiniones y criterios autonómicos. Es decir, como órgano representativo territorial de las comunidades autónomas.

La crisis aporta una nueva decepción sobre la condición territorial de esta cámara, y las posibilidades territoriales del Senado son orilladas por los agentes políticos, pues los debates parlamentarios se sustancian exclusivamente en el Congreso de los Diputados. Y aunque es cierto que según el modelo constitucional es en esta cámara donde opera la responsabilidad del Gobierno y su control por el Legislativo, en este caso la cuestión afecta

de forma directa a las relaciones intergubernamentales y al diseño de las responsabilidades administrativas para la gestión de la crisis, una cuestión que debería ser central para la actividad del Senado. Igualmente, la Comisión de Reconstrucción Social y Económica se constituyó en el Congreso y no presta una atención específica a las implicaciones autonómicas, lo que ayuda aún más a la marginación del Senado.

La única excepción la aporta la reunión de la Comisión General de las Comunidades Autónomas que tuvo lugar el 30 de abril de 2020, propiciada por la presión de la oposición, y que no ha tenido continuidad posterior. Aparte de las críticas por la ausencia del presidente del Gobierno, tampoco intervino el ministro de Sanidad, correspondiendo a la ministra de Política Territorial y Función Pública la defensa y exposición en solitario de la política del Gobierno.

Participaron cinco presidentes autonómicos: los de Cantabria, Murcia, Madrid, Castilla y León y Ceuta, así como los consejeros de diez comunidades. Las comunidades ausentes fueron cuatro: Cataluña, Canarias, Illes Balears y Melilla.

El contenido de la reunión se limitó a un discurso recopilatorio de actuaciones por parte del Gobierno y a una sucesión de explicaciones propias y demandas de cada comunidad, que oscilaron entre la autojustificación y la crítica al Gobierno, pero sin que diera lugar a un contraste de opiniones y, mucho menos, de conclusiones compartidas, como tampoco se apreció en ningún momento que se formularan medidas alternativas, lo que hubiera sido lógico, si se considera su condición de cámara territorial.

La anterior reunión, que era la constitutiva en esta legislatura, se había celebrado el 4 de febrero, y hubo que esperar hasta el 16 de noviembre para que se celebrara una tercera sesión, lo que denota la prolongada inactividad de un órgano creado en 1993 para reactivar el papel territorial del Senado, con escasos resultados. En todo caso, en noviembre, la incorporación del tema de la COVID-19 a sus debates se hizo desde otra óptica, a propuesta del Grupo Popular, y para debatir la creación de una autoridad independiente que gestionara los fondos comunitarios. En sí misma, esta propuesta es una señal del cambio de prioridades de las comunidades autónomas, pues parece que, una vez asumidas y compartidas las medidas tomadas por el Gobierno, la preocupación autonómica próxima se centra en la recuperación de las condiciones previas a la crisis sanitaria.

5. Conclusiones

5.1. La validación del modelo autonómico

La gestión de la crisis sanitaria ha aportado nuevos criterios que permiten un mejor conocimiento de las implicaciones del sistema descentralizado y, en especial, la valoración de su idoneidad en términos de eficacia administrativa en un momento de alta exigencia. Nunca, durante cuarenta años, el modelo territorial español se ha expuesto a una oportunidad de evaluación tan completa y realista.

En especial, la crisis se ha convertido en un excepcional ejemplo para el análisis de las relaciones intergubernamentales. La experiencia de este episodio ha revelado la interacción entre las competencias y prioridades políticas del Estado y de las comunidades autónomas.

Estas relaciones se han desarrollado en un escenario fluido y cambiante, tanto por los datos epidemiológicos como por las diferentes prioridades de cada momento, pues tanto la posición del Gobierno como la de las comunidades han oscilado y se han ido adaptando en función de las circunstancias. Esto obliga a diferenciar situaciones y fases, pues en cada una de ellas la participación autonómica ha tenido sus propias características.

A partir de marzo de 2020 el Gobierno afronta un problema de dimensiones desconocidas y se le ofrecen diferentes alternativas. Opta por la que le aporta más autoridad y seguridad, el estado de alarma, e indirectamente pone de relieve una determinada concepción del modelo descentralizado: una visión tras la que se intuye cierta desconfianza hacia este modelo. Tanto las medidas tomadas como la identificación de las autoridades competentes se plantean con vistas a reforzar una capacidad de decisión única, y sin tener en cuenta la heterogeneidad de situaciones que existían ya en esos momentos en España. Puede decirse que, con esa medida, la crisis recupera la añoranza por la concentración del poder y la unidad de decisión, a la vez que traslada un mensaje fácil de comprender y con buena acogida en un amplio sector de la opinión pública.

Pero también el estado de alarma es una decisión excepcional que sustrae a las comunidades autónomas buena parte de su capacidad de decisión. Y, por eso mismo, también se convierte en un reto y en una prueba para la capacidad de actuación del Estado, que se encuentra con serias dificultades.

En todo caso, este primer modelo se agota casi de inmediato. Bajo el peso de la carga gestora que el propio Gobierno había decidido asumir, queda en evidencia su dificultad para mantener el plan del estado de alarma inicialmente previsto.

A partir de ahí, desde junio de 2020, el Gobierno relaja su deseo decisor y sustituye la dirección única por la coordinación de medidas ajenas. Es un cambio radical, que supone reconocer la diversidad de la incidencia y de respuestas, y, muy en especial, permitir una actuación proporcional en cada territorio.

Hoy en día no se conocen con certeza los motivos que explican este cambio de orientación. No sabemos si el Gobierno se ve abocado por sus dificultades administrativas o por su precariedad parlamentaria, o por ambas a la vez. En todo caso, las comunidades autónomas se han encontrado ante dos modelos totalmente diferentes y sucesivos. Primero, como meras destinatarias y ejecutoras de decisiones ajenas, tomadas por el Gobierno. Segundo, cuando pasan a ser responsables de tomar medidas, pero siempre en un marco y con unos límites generales que establece el Gobierno central. Y en su caso, con los lógicos costes de impopularidad.

Este doble modelo indirectamente pone sobre la mesa las diferencias que sobre la valoración del sistema autonómico y la posición institucional de las comunidades autónomas conviven en España, y cuyo desencuentro es motivo de frecuentes conflictos al apreciarse, una y otra vez, serias divergencias sobre la concepción y contenido del modelo autonómico.

Según una determinada idea, que encuentra fácil acomodo en las decisiones de la primera fase, las comunidades son entes jerárquicamente subordinados y cuya actuación está limitada por los objetivos comunes que fija el Gobierno. De acuerdo con esta consideración, las comunidades desempeñarían un papel instrumental, prestando sus medios y recursos a la consecución del objetivo fijado por el Gobierno. Y esto en la práctica supone reducir su capacidad normativa hasta la práctica desaparición. En esta concepción no extraña la falta de un procedimiento que permita a las comunidades acceder a la toma de decisiones comunes, y tampoco extraña que ni siquiera reciban información previa de las medidas que el Gobierno planea adoptar, pues de hecho las comunidades autónomas desempeñan un papel no muy diferente del que corresponde a la Administración periférica. La lectura detallada del Real Decreto 463/2020, sobre declaración del estado de alarma, aporta suficientes elementos que encajan en esta consideración.

Para las lecturas más federalistas de la Constitución, ante todo las comunidades son titulares de una legitimidad democrática directa, al igual que los órganos del Estado, con el valor añadido que supone su cercanía y el más profundo conocimiento de su realidad territorial. Consideran que las comunidades disfrutan del mismo grado de responsabilidad que el Gobierno, sin otro límite que el propio del ámbito material de sus competencias, que responde mejor a los intereses y voluntad de sus ciudadanos. Por lo tanto, consideran que es el nivel competente y que preferentemente debe

atender el problema sanitario. Esta concepción encaja más adecuadamente en la nueva normalidad que se pone en marcha a partir del mes de junio de 2020, que reconoce la responsabilidad autonómica dentro de los límites que el Estado ha marcado en su legislación.

Esta doble visión del Estado autonómico también pone de relieve diferentes formas de recepción de las decisiones del Gobierno en cada comunidad autónoma.

En unas comunidades, los planes del Gobierno se asumen con confianza en su presunta mejor disponibilidad técnica para abordar el problema con rigor y objetividad. Para otras, sin embargo, la gobernanza de la crisis por parte del Gobierno es objeto de serios recelos y acusaciones de abuso competencial.

Esta complejidad se incrementa al entrar en juego la valoración de los efectos de la crisis sanitaria en la actividad económica, pues en el nivel autonómico se aprecia una mayor sensibilidad hacia los intereses económicos y sociales de sus territorios, y esto se traslada a la toma de las decisiones propias.

La combinación de ambos elementos revela un mapa de posiciones repleto de paradojas, en el que la defensa de los intereses territoriales no siempre coincide con la posición que sostienen los diferentes partidos políticos.

El reparto de responsabilidades lleva, lógicamente, a un tratamiento desigual de la pandemia en cada territorio, una desigualdad que a veces se ha visto incrementada por los propios Tribunales Superiores de Justicia, que las han posibilitado en el proceso de ratificación de las decisiones autonómicas.

5.2. El equilibrio de poderes: la presión parlamentaria y la debilidad del Gobierno

La corrección de las medidas iniciales y de la estrategia del Gobierno, incrementando la participación de las comunidades autónomas, es del máximo interés y revela los difíciles equilibrios de las relaciones intergubernamentales en el modelo autonómico.

En primer lugar, por la propia debilidad coordinadora del Estado, que, apenas unos días después de la declaración del estado de alarma, descubre sus dificultades para proveer de medios materiales todas las necesidades del sistema sanitario. Todo parece indicar que en ese momento el Gobierno duda de su disponibilidad para atender las expectativas que había generado. Además, se ve enfrentado a una discrepancia pendiente de resolver: la

declaración establece que todos los servicios administrativos son dirigidos por el Gobierno, pero este mando único es incompatible con el ejercicio de sus competencias por parte de las comunidades, también reconocido en el Real Decreto.

En segundo lugar, por las dificultades del Gobierno para disponer de votos suficientes en el Congreso de los Diputados para conseguir las sucesivas prórrogas del estado de alarma. En este punto, el desarrollo de la crisis se aleja de las pautas comunes apreciadas en otros Estados, pues las medidas anticrisis han resultado en España decisivamente condicionadas por la estrategia de los partidos políticos y la dialéctica Gobierno-oposición. La crisis deja al descubierto la insuficiencia de los apoyos parlamentarios del Gobierno y su dependencia de los grupos parlamentarios de base territorial, que actúan en la práctica como grupos de presión autonómicos.

Incluso existe una tercera circunstancia para tener en cuenta, la presión autonómica para velar por la defensa de sus intereses económicos y atender, junto al objetivo de la salud pública y simultáneamente, las necesidades laborales y económicas de sus ciudadanos. Las comunidades autónomas se han visto sometidas a una fuerte presión por parte de los profesionales de la sanidad y de los agentes económicos, con apoyos dispares y argumentaciones no fáciles de compatibilizar, que puede haber causado la remisión de este problema a las comunidades autónomas

Para atender esta situación, en un proceso paulatino, ha ido desapareciendo el monopolio del Gobierno a la vez que se ha reconocido el protagonismo de las comunidades autónomas, y ello con sucesivas medidas que el Gobierno ha calificado como “de flexibilización”, y que en realidad contenían sucesivos pasos para incrementar la responsabilidad autonómica.

En resumen, las medidas del Gobierno han sido elaboradas en función de su posición parlamentaria y han estado condicionadas por las posibilidades de que prosperasen.

5.3. La gobernanza de la crisis. Coordinación y cooperación

La crisis sanitaria también ha dejado en evidencia la poca claridad del sistema de distribución de competencias y, en especial, el papel coordinador del Estado. La gestión de la pandemia obliga a una revisión más exigente de los objetivos que el constituyente se fijó al configurar la competencia de coordinación, sobre todo cuando se trata de coordinar actuaciones autonómicas, ya que ha quedado de relieve que carece de instrumentos para hacer efectivas las medidas que adopta con dicha finalidad.

Es manifiesta la escasez de medios del Gobierno para llevar a la práctica las medidas coordinadoras que adopta y para las que está habilitado

por la Constitución. A falta de otros más efectivos, e incluso coactivos, el Gobierno ha impulsado una política de incentivo a la cooperación mediante la cooperación técnica que compete al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, tanto en su nivel inferior técnico como en su nivel superior político.

El Plan para la Normalidad y los propios intervinientes reconocen la vía bilateral en las decisiones de desescalada, lo que tiene su razón de ser en la asunción de la diversidad de situaciones epidemiológicas y de soluciones para atenderlas, pero el espacio de diálogo y cooperación ha sido en todo momento multilateral: el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y la Conferencia de Presidentes. Tampoco se han usado las posibilidades de cooperación que ofrecen las Comisiones Bilaterales de Cooperación, con la única excepción de la reunión a alto nivel con la Comunidad de Madrid a raíz de las discrepancias sobre la gestión de la crisis[54].

Por lo tanto, la cooperación que la COVID-19 exige se ha residenciado en el Consejo Interterritorial y en sus órganos técnicos de apoyo, en especial en la Comisión de Salud Pública. Y aunque este sistema de órganos ha servido de manera razonable como foro de intercambio de opiniones, no ha intervenido con eficacia adoptando acuerdos de cumplimiento efectivo, pues han proliferado las interpretaciones discrepantes sobre su obligatoriedad. La novedad obligacional de la Ley de Régimen Jurídico del Sector Público para determinados supuestos de acuerdos no ha sido suficiente, como tampoco el deber de colaboración obligatorio, también incluido en esta nueva ley. A partir de esta regulación se ha advertido cierta confusión sobre el papel que el Gobierno quería otorgar al Consejo, como simple órgano de cooperación o como un órgano consultivo que el Gobierno atiende previamente a hacer uso de sus competencias de coordinación.

Es lógico que la opinión pública haya esperado que el Consejo actuara como un verdadero órgano de gobierno del Sistema Nacional de Salud, lo que jurídicamente no es posible. No lo permite su régimen jurídico, ni tampoco su hábito de trabajo. Esto ha generado una cierta decepción al no evitar la disparidad de normas autonómicas.

La crisis también ha realzado la importancia que tiene la cercanía a los problemas reales, en este caso a la asistencia sanitaria, para disponer de información completa sobre la evolución de la crisis. Esta carencia ha incrementado las dificultades del Gobierno para coordinar o ejercer una influencia determinante sin disponer de esa información inmediata que suministra la experiencia del día a día que tienen las comunidades y no el Ministerio de Sanidad.

---

[54] Reunión entre el Presidente del Gobierno y la Presidenta de la Comunidad de Madrid, celebrada el 21 de septiembre de 2020.

En este escenario, el Gobierno ha buscado el apoyo del Consejo para imponer sus medidas, que es como buscar el apoyo de algunas comunidades que puedan neutralizar la contestación de otras, menos dispuestas a aceptar los planes del Gobierno.

En este orden de cosas, la crisis también ha supuesto una llamada de atención sobre la ausencia de organismos administrativos mixtos, que presten servicios tanto al Estado como a las comunidades autónomas, cuya inexistencia se ha puesto de relieve en estos meses, y sobre todo en relación con el papel del Instituto de Salud Carlos III y demás centros investigadores.

Al margen de las pretensiones del Gobierno o de las comunidades autónomas, la crisis ha alterado el ritmo regular de reuniones que el Consejo venía manteniendo desde hace decenios y que a veces parecía haber caído en cierta inercia y en un alejamiento de los problemas reales con que la asistencia sanitaria se encuentra cada día. En esta etapa, al Consejo se le han pedido acuerdos de coordinación efectivos, y eso requería un método y unos procedimientos diferentes a los que hasta ahora se habían utilizado en el sistema de cooperación. Para atenderlos, el trabajo del Consejo se ha centrado en la elaboración de documentos técnicos que ponen de relieve la coincidencia en las medidas a considerar y a aplicar, pero sin que se haya avanzado en el papel del Consejo como instrumento en el que se pueden concertar políticas y adoptar acuerdos para afrontar la crisis desde una visión política compartida.

5.4. La insuficiencia de la Conferencia de Presidentes

La idoneidad de la Conferencia de Presidentes para abordar de forma integral todos los problemas derivados de la pandemia ha resultado seriamente cuestionada. La crisis ha puesto de relieve la escasa preparación de sus reuniones y la ausencia de decisiones compartidas en un momento tan especial. La Conferencia se ha encontrado ante un momento decisivo que no ha prestigiado una institucionalización que se ha revelado insuficiente en el momento en que más podía haber aportado.

Ahora se constata que la Conferencia no ha logrado en estos años dotarse de un método de trabajo propio y, sobre todo, que garantice la continuidad de sus reuniones, siempre esporádicas e inconexas entre sí. La Conferencia se creó en 2004 como una reproducción mimética del modelo de otros Estados federales, coincidiendo con el proyecto del Gobierno de lanzar una nueva "agenda territorial", pero en la cultura política española sigue siendo un cuerpo extraño que no termina de encajar en el sistema político. Primero, y principalmente, por su fuerte carácter presidencialista. En segundo lugar, por su débil institucionalización, que minimiza el peso

autonómico en sus reuniones. En tercer lugar, porque el sistema autonómico español, a pesar de los cuarenta años de rodaje, no ha logrado digerir del todo ni la añoranza centralista ni los impulsos centrífugos. Por todo ello, a la Conferencia le falta el hábito de trabajo necesario para contrastar planes o atender posturas o intereses ajenos. Una carencia que menoscaba las expectativas que lógicamente despiertan sus reuniones.

Sobre todo, la gestión de la crisis no ha conseguido crear un sistema de cogobernanza real, en el sentido de adopción conjunta de medidas. Se han de poner en valor los consensos alcanzados por los profesionales sanitarios y los responsables técnicos que están en condiciones de conocer mejor la evolución de la pandemia, pero en el nivel político es difícil identificar decisiones conjuntas tomadas con la conformidad de todas las Administraciones.

A mayor abundamiento, la Conferencia ha eludido recurrir a una de sus funciones principales: la articulación de los trabajos de las conferencias sectoriales, de modo que formalmente no ha actuado como un órgano superior del Consejo Interterritorial, con lo que se aleja del espíritu de la Ley de Régimen Jurídico y de su propio reglamento.

5.5. La interpretación de la crisis desde el paradigma autonómico

A falta aún de la perspectiva temporal necesaria para evaluar los resultados efectivos de este episodio en el desarrollo del sistema autonómico, se aprecian diferentes elementos relevantes.

Lo que en los primeros días se interpretó como un objetivo recentralizador, ha acabado convirtiéndose en el mejor argumento para la posición autonómica. La gobernanza de la crisis ha acabado asumiendo la diversidad y ha aportado madurez para las Administraciones autonómicas en un momento de extrema tensión. Además, ha ayudado a los ciudadanos a identificar con más claridad la autoría de las medidas que se le imponen.

En segundo lugar, las comunidades autónomas han emergido en la crisis como un elemento que puede modular la distribución del poder. Ciertamente las decisiones más importantes han correspondido al Estado, pero ha quedado en evidencia que su aplicación efectiva puede ser orientada y matizada por la disposición autonómica. Queda pendiente comprobar si la experiencia acumulada en este momento podría incluso convertirse en un posible freno a la autoridad excesiva de Gobiernos futuros.

Sin embargo, en tercer lugar, la crisis ha puesto de relieve las crecientes dificultades para que las comunidades adopten políticas propias radicalmente diferentes del resto, sobre todo cuando el Estado argumenta un

título competencial específico, como ocurre en el caso de la coordinación de la sanidad. En este caso, la crisis ha puesto en evidencia la capacidad legislativa autonómica y conduce en la práctica a un escenario diferente, más parecido al federalismo de ejecución alemán, en el que las unidades subestatales disponen de escasa capacidad efectiva de legislar, aunque mantienen una importante función ejecutiva y una influencia importante en la vida diaria de los ciudadanos.

En cuarto lugar, se pone de relieve la fuerte dependencia financiera de las comunidades autónomas respecto de la Hacienda estatal y la extrema debilidad de su autonomía financiera. Los retrasos en la renovación del sistema de financiación agravan esta situación. Un buen ejemplo es el procedimiento unilateral seguido por el Gobierno para distribuir 16.000 millones de euros del denominado Fondo COVID-19 y suplir las insuficiencias financieras autonómicas en un momento de fuerte incremento del gasto, sobre todo sanitario.

En quinto y último lugar, la gestión de la crisis ha introducido un parámetro regional de interpretación de las políticas públicas. La ciudadanía ha percibido como las decisiones fundamentales de su vida diaria están marcadas por las decisiones de los Gobiernos autonómicos y así se ha ganado conciencia del papel efectivo de las comunidades y de sus responsabilidades en la gestión de los asuntos colectivos.

Obviamente, es una conclusión consustancial al modelo autonómico, pero que hasta ahora frecuentemente era mediatizada por intervenciones del Gobierno central, que a los ojos de los ciudadanos aparece en muchas ocasiones como corresponsable, en uno u otro grado, de la totalidad de los asuntos públicos. Ahora, sin embargo, la responsabilidad autonómica única en la organización del sistema sanitario se convierte en el mejor ejemplo de la mayor visibilidad de las decisiones autonómicas.

Además, esto refuerza el papel simbólico autonómico y consolida su autopercepción como colectivo que se rige por reglas propias y diferentes. En relación con la pandemia, incluso las críticas al Gobierno se hacen desde parámetros regionales, no estatales. Las polémicas sobre los horarios de apertura y cierre de establecimientos o las limitaciones de los grupos en espacios públicos se analizan y son objeto de opinión desde una perspectiva regional, e incluso local. Igualmente lo es la incorporación de elementos propios, de cercanía, como el interés por preservar el turismo, por mantener activa la industria local, las celebraciones locales o los efectos del transporte público para la difusión de la pandemia.

Esto es relevante si se tienen en cuenta las dificultades de un amplio sector de la población y de la opinión pública para asumir plenamente el modelo descentralizado. Al introducir la unidad de medida regional,

la relevancia política de las comunidades se ha ampliado y consolidado. Además, ha puesto de relieve la conveniencia de gestionar la crisis desde la cercanía, valorando los comportamientos locales que inciden en la difusión del virus.

La unidad local, finalmente, ha sido reconocida como la ideal para la adopción de decisiones, y así lo han entendido y asumido las comunidades autónomas, que han impulsado medidas tomando como base unidades infraautonómicas. Y ello a pesar del limitado papel que en la crisis han tenido las autoridades locales, que se han encontrado con un insalvable obstáculo: la falta de competencias en materia de salud pública y un papel excesivamente subordinado y auxiliar de las decisiones autonómicas.

Por todo ello, en el aspecto simbólico, la crisis refuerza la concepción institucional autonómica. El reconocimiento del presidente autonómico como autoridad competente o la adopción de decisiones propias pone en valor el significado de la comunidad autónoma, que, incluso, puede adoptar cierres perimetrales, obligar al cierre del comercio y de los locales de ocio o deportivos, dictar normas referidas a la enseñanza, dotarse de planes de reclutamiento de personal sanitario, establecer sus propias prioridades u organización de la vacunación, etc. En suma, la crisis supone un reconocimiento expreso del valor de la organización autonómica, que ha de atender a sus ciudadanos en un problema de gravedad extrema.

Por todo ello, y a pesar de las críticas, la crisis de la COVID-19 finalmente ha ayudado a reconocer los valores intrínsecos de todo proceso de descentralización. Su gestión se ha convertido en un buen ejemplo de reconocimiento del principio de subsidiariedad y la bondad de la proximidad en la toma de decisiones. También ha obligado a asumir la diversidad social y la heterogeneidad de situaciones y, por tanto, a admitir que las medidas que se tomen en una u otra comunidad, en una provincia o en un municipio, pueden ser diferentes por dirigirse a realidades diferentes y especiales en cada caso.

De cara al futuro próximo, la percepción regional ayuda a una lectura integral de la crisis, no solo por sus efectos en la salud, sino en todos los aspectos que afectan a la vida de los ciudadanos y de los grupos, como una verdadera sindemia social, en la que confluyen elementos de diversa índole, que los poderes públicos deberán atender cuando finalice la emergencia sanitaria en la que aún nos encontramos.

Bibliografía

Alcaraz, H. (2020): "El estado de emergencia sanitaria en Francia". *Revista Catalana de Dret Public*, número especial, pp. 153-161. Disponible en https://doi.org/10.2436/rcdp.i0.2020.3529

Álvarez, V. (2020): "El coronavirus (COVID-19): respuestas jurídicas frente a una situación de emergencia sanitaria". *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 86-87, pp. 6-21.

Arnold, R. (2020): "Pandemia y Constitución: la experiencia de Alemania". *Revista Catalana de Dret Public*, número especial, pp. 20-37. Disponible en https://doi.org/10.2436/rcdp.i0.2020.3522

Barbeito, R. e Iglesias, A. (2020): "Democracias en cuarentena: respuestas políticas a la COVID-19 y el futuro de la democracia". *Revista Española de Sociología*, 29 (3), pp. 703-714.

Biglino, P. y Durán, F. (2020): *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional.* Zaragoza: Fundación Manuel Giménez Abad.

Boix, A. (2020): *El baile "agarrao" entre Estado, Comunidades Autónomas y jueces para una mejor gestión de la pandemia de COVID-19*. Disponible en http://www.lapaginadefinitiva.com/aboix/?p=1713

Bosch, J. (2020): *Crònica de l´estat d´alarma. El funcionament de les institucions i de la seguretat pública en temps de coronavirus (14 de març a 21 de juny de 2020*). Barcelona: Institut de Ciències Politiques i Socials. Working Papers: 368.

Cairns, G. y Wright, G. (2020): *A reflection on the mass production of scenarios in response to COVID-19*. Glasgow: Futures and Foresight Science.

Carloni, E. (2020): *La crisi coronavirus come problema di geografia amministrativa*. laCostituzione.info. Disponible en https://www.lacostituzione.info/index.php/2020/05/12/la-crisi-coronavirus-come-problema-di-geografia-amministrativa/

Deloitte (2020): *COVID-19*: *Gouverner l'imprévisible - Analyse comparative des différentes stratégies de crise déployées*. Disponible en https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/fr/Documents/covid-insights/gouverner_imprevisible.pdf

Domenech, G. (2020): "Responsabilidad patrimonial del Estado por la gestión de la crisis del COVID-19". *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 86-87, pp. 102-109.

García, M. A., Cárdenas, J. y Barbeito, R. (2020): "Presentación del debate. Impactos sociales de la COVID-19: un nuevo reto para la sociología". *Revista Española de Sociología,* 29 (3), pp. 689-691.

King, J. y Chauhan, A. (2020): "The COVID-19 response in England: The intensification of executive supremacy". *Revista Catalana de Dret Public*, número especial, pp. 234-245. Disponible en https://doi.org/10.2436/rcdp.i0.2020.3556

Martín i Alonso, G. (2020): "L´estat d´alarma per la crisi de la COVID-19 i l´afectació de l´autogovern territorial". *Revista Catalana de Dret Public,* número especial, pp. 72-88. Disponible en https://doi.org/10.2436/rcdp.i0.2020.3536

Nogueira, A. (2020): "Confinar el Coronavirus. Entre el viejo Derecho sectorial y el Derecho de excepción". *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 86-87, pp. 22-31.

Pérez, J. Mª. (2020): "Dinámica de las Conferencias Sectoriales. Entre la intergubernamentalidad y la cooperación administrativa". *Revista d´Estudis Autonòmics i Federals*, 31, pp. 17-64.

De la Quadra-Salcedo, T. (2021): "Estado Autonómico y lucha contra la pandemia", en Biglino, P. y Durán Alba, F. (dir.), *Los efectos horizontales de la COVID sobre el sistema constitucional.* Zaragoza: Fundación Manuel Giménez Abad, pp. 59-86.

Rivero, R. (2020): "Gobernanza anticipatoria y proactividad administrativa: las virtudes de la descentralización". *Revista Vasca de Administración Pública*, 118, pp. 83-97.

Romboli, R. (2020): "Le misure adottate per far fronte alla pandemia COVID-19 in Italia". *Revista Catalana de Dret Public*, número especial, pp. 289-299. Disponible en https://doi.org/10.2436/rcdp.i0.2020.3563

Velasco, F. (2020): "Estado de alarma y distribución territorial del poder". *El Cronista del Estado Social y Democrático de Derecho*, 86-87, pp. 78-87.

ISBN 978-84-8468-903-4